



**UNIVERSIDADE DO MINHO  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**ANO LETIVO 2016/2017**

**Autores: Hírdina Maria Lopes Brito, Nº 3788**

**Samira Lopes Fortes, Nº 3806**

**Mindelo, 2017**



Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Discentes:

Hirondina Maria Lopes Brito

Samira Lopes Fortes

**Atuação de enfermagem nas emergências obstétricas:  
pré-eclâmpsia e eclâmpsia**

Orientadora:

Enfermeira Jerícia Cristina Lopes Duarte

Mindelo, julho de 2017

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha família a minha colega Samira, à minha irmã Rosa, à minha sobrinha Dilma e a minha comadre Fátima.

Dedico este trabalho em especial ao meu filho, a minha colega de trabalho Hirondina, a minha mãe Maria e aos meus sogros Francisca e Valeriano por terem cuidado do meu filho nos momentos que estive ausente.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecemos à Deus por nunca nos ter abandonado nos momentos difíceis, por ter-nos dado saúde, paciência e coragem nestes quase dois anos de luta intensa e também por nos ter colocado em nossos caminhos pessoas maravilhosas que nos apoiaram e permitiram a realização do nosso sonho de sermos Licenciadas.

Aos nossos filhos por compreenderem a nossa ausência e terem aturado o nosso mau humor e falta de paciência nos dias difíceis. Muito obrigada de coração

À nossa orientadora Enf. Jerícia Duarte, pela disponibilidade, apoio, paciência e carinho que teve connosco desde a elaboração do projeto até a conclusão da monografia. Um grande abraço.

Ao nosso grupo de trabalho “Talho” que sempre estivemos juntas e unidas apoiando mutuamente e incansavelmente nos de sufoco e vitórias. Um muitíssimo obrigado.

Às nossas colegas que nos ajudaram tanto na elaboração do projeto de TCC como na Monografia, um muitíssimo obrigada.

Aos nossos colegas de classe que sempre estivemos juntos nessa longa e cansativa jornada, que todos atinjam os objetivos traçados, que é a conclusão do complemento de licenciatura.

Às enfermeiras do sector de Maternidade por terem tido paciência e disponibilidade para a realização da nossa pesquisa aceitando fazer as entrevistas. Sem palavras...

Ao Ministério da saúde por ter engajado nessa luta e por ter dado uma contribuição em termos financeiros.

À Universidade e principalmente aos Docentes que incansavelmente fizeram a trajetória São Vicente/Santo Antão e vice-versa. Enfim á todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade. Um bem-haja à todos.

**Um muitíssimo obrigada à todos de coração.**

## Índice

INTRODUÇÃO.....	12
Justificativa e problemática .....	14
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	18
1. Fundamentação teórica.....	19
1.1. Conceito de gravidez .....	19
1.2. Cuidados durante a gravidez .....	20
1.3. Complicações da gravidez.....	21
1.3.1. Infecção urinária .....	22
1.3.2. Diabetes gestacional.....	22
1.3.3. Tromboembolia venosa .....	22
1.3.4. Mola hidatiforme.....	23
1.3.5. Placenta prévia .....	23
1.3.6. Gravidez de alto risco.....	24
1.4. Triagem.....	25
1.5. Emergências obstétricas .....	26
1.6. Classificação das doenças hipertensivas na gravidez .....	26
1.6.1. Hipertensão na gravidez .....	26
1.6.2. Pré-eclâmpsia .....	27
1.7. Fatores de risco para pré-eclâmpsia e eclâmpsia.....	30
1.7.1. Primíparas.....	31
1.7.2. Gravidez gemelar .....	31
1.7.3. Nível socioeconómico .....	31
1.7.4. Idade materna .....	32
1.7.5. Hereditariedade .....	32
1.7.6. Patogenia .....	33
1.8. Sinais e sintomas de pré-eclâmpsia e eclâmpsia .....	33
1.8.1. Edema.....	33
1.8.2. Hipertensão arterial .....	34
1.8.3. Proteinúria .....	35
1.9. Eclâmpsia .....	36
1.9.1. Patogenia .....	37

1.9.2. Síndrome de HELLP .....	38
1.9.3. Hipertensão crônica.....	39
1.9.4. Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta .....	39
1.10. Atuação de enfermagem: o profissional e a assistência de enfermagem à grávida de alto risco na emergência .....	40
1.11. Diagnóstico e intervenções de enfermagem (NANDA e NIC) as grávidas com pré-eclâmpsia/eclâmpsia.....	42
1.12. Teoria de enfermagem .....	43
CAPÍTULO II - METODOLOGIA .....	45
2. Percurso metodológico .....	46
2.1. Tipo de pesquisa .....	46
2.2. Instrumento de recolha de informações .....	47
2.3. Campo empírico.....	48
2.4. População alvo .....	48
2.5. Procedimentos éticos .....	48
CAPÍTULO III - FASE EMPIRICA .....	49
3. Análise de resultados .....	50
3.1 Apresentação dos dados da entrevista.....	50
3.2 Conclusão da análise dos resultados .....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	63
Propostas de melhorias .....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65
APÊNDICES E ANEXOS .....	70
Apêndice I - Guião de Entrevista.....	71
Apêndice II – Autorização para recolha de dados .....	73
Apêndice III - Termo de consentimento livre e esclarecido .....	74
Anexo I – Protocolo de eclâmpsia .....	75

## **Índice de Quadros**

Quadro 1: Hospitalizações das grávidas com pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de HELLP no Hospital João Moraes.....	17
Quadro 2 – Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem.....	42
Quadro 3: Dados das Entrevistadas.....	51
Quadro 4: Categorias e subcategorias.....	52



## RESUMO

A pré-eclâmpsia e eclâmpsia são complicações da gravidez que se agravaram pela elevação da pressão arterial, edemas e proteinúria e nos casos mais graves pode levar a convulsões coma e até a morte tanto da mãe como do feto. Até os dias de hoje a sua etiologia é desconhecida mas no entanto existem alguns fatores considerados de risco para a patologia, como a multiparidade, gestações nas idades extremas obesidade e a primiparidade, que foram destacadas na Maternidade do Hospital João Morais. Esta problemática foi abordada para realçar a importância das atuações de enfermagem prestadas no serviço da Maternidade do Hospital João Morais e as dificuldades sentidos pelos enfermeiros aquando do atendimento dessas gestantes. Para este estudo utilizou-se uma metodologia qualitativa, exploratória, descritiva e com abordagem fenomenológica, utilizando como instrumento de recolha de informações a entrevista estruturada com um guião previamente elaborado para as 4 enfermeiras da Maternidade do Hospital João Morais. Da análise dos resultados observou-se que as enfermeiras estão preparadas para o atendimento dessas grávidas e que tentam dar o seu melhor para evitar possíveis complicações que possam surgir durante esse período. Ainda deste estudo verificou-se uma escassez de enfermeiros especializados e carência de formações para o pessoal no Hospital. Mesmo assim deixaram um apelo aos colegas que fazem o pré-natal para que estejam mais atentos à identificar casos e encaminha-las atempadamente.

**Palavras-chave:** Pré-eclâmpsia; eclâmpsia; emergência obstétrica e atuação de enfermagem.

## **ABSTRAT**

Pre-eclampsia and eclampsia are complications of pregnancy that worsen by elevated blood pressure, edema and proteinuria, and in more severe cases can lead to coma and even death of both mother and fetus. To date, its etiology is unknown but there are some factors considered to be at risk for the pathology, such as multiparity, gestations in the extreme ages, obesity and primiparity, which were highlighted at the Maternity of João Morais Hospital. This issue was addressed in order to highlight the importance of the nursing activities performed at the Maternity Service of the Hospital João Morais and the difficulties experienced by nurses when attending these pregnant women. For this study a qualitative, exploratory, descriptive and phenomenological approach was used, using as an instrument of information collection the structured interview with a previously prepared script for the 4 nurses of the Maternity João Morais Hospital. From the analysis of the results it was observed that the nurses are prepared to attend these pregnant women and try to do their best to avoid possible complications that may arise during this period. Still of this study, there was a shortage of specialized nurses and lack of training for the personnel in the Hospital. Even so, they have appealed to their colleagues who make prenatal to be more attentive to identifying cases and directing them in a timely manner.

**Keywords:** pré-eclâmpsia; eclâmpsia; obstetric emergency and nursing actions.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**DHEG** - Doença Hipertensiva Específica na Gestação

**HTA** - Hipertensão Arterial

**HJM** - Hospital João Moraes

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**mmHg** - Milímetros de Mercúrio

**NANDA** - North American Nursing Diagnosis Association

**NIC** - Classificação das Intervenções de Enfermagem

**ODM** - Objetivo de Desenvolvimento do Milênio

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PA** - Pressão Arterial

**PE/E** - Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia

**SE** - Serviço de Emergência

**TAD** - Tensão Arterial Diastólica

**TAS** - Tensão Arterial Sistólica

**TCC** - Trabalho de Conclusão de Curso

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do Curso de Conclusão de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo lecionado na ilha de Santo Antão como sendo um dos principais requisitos para essa etapa académica, tendo como título: Atuação de Enfermagem nas Emergências Obstétricas: pré-eclâmpsia/eclâmpsia no serviço de Maternidade do Hospital João Morais.

A gestação é uma das fases mais importantes na vida de uma mulher e ela anseia muito pela hora do parto e de sair do hospital com o seu filho ao colo, mas muitas vezes tal não é possível devido a complicações que podem surgir nessa fase e uma dessas complicações são a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia que podem levar a morte tanto da mãe como do feto.

A causa da doença até os dias de hoje é desconhecida, mas sabe-se, no entanto, que existem alguns fatores que são considerados de risco para a enfermidade como a primiparidade, obesidade, gravidez em idades extremas entre outros. No entanto sabe-se que a cura da doença é o nascimento do feto e a dequitação.

O papel do profissional de saúde principalmente do enfermeiro é de muita importância visto que ele acompanha a gestante desde a captação da gravidez, o decorrer do pré-natal, o parto, o puerpério e o pós-alta hospitalar não esquecendo claro, da família que tem o seu papel também essencial. Para além do acompanhamento da gestante o enfermeiro também tem o papel de zelar tanto pela saúde da mãe e do feto tendo a capacidade de detetar sinais de risco e prevenir eventuais complicações quando possível.

Nos últimos anos através das vivências no serviço de obstetrícia tem-se notado um aumento de casos de pré-eclâmpsia em Santo Antão e é nessa ótica que surge a principal motivação ao estudo do tema.

É de evidenciar também a necessidade de compreender as capacidades e as dificuldades dos profissionais de saúde em acompanhar as gestantes acometidas por patologias que podem surgir durante a gravidez destacando a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia.

Dada a importância do tema ressalta-se ainda que o interesse é no intuito de aprofundar conhecimentos, melhorar as práticas de enfermagem para se conseguir dar melhores respostas às necessidades do utente.

O trabalho está organizado em três capítulos: o primeiro capítulo consiste no enquadramento teórico onde são abordados alguns conceitos importantes relativamente a

compreensão da temática em estudo. Num segundo capítulo descreve-se a fase metodológica explicando o tipo de pesquisa e a abordagem que foi empregue na investigação, os instrumentos de recolha de informações, população alvo e procedimentos éticos e legais. No último capítulo aborda-se a fase empírica com a apresentação e análise detalhado dos resultados da investigação. E para finalizar foram elaboradas algumas considerações e propostas de melhorias para o serviço de obstetrícia do Hospital João Morais.

O trabalho seguiu as normas de formatação e redação da Universidade do Mindelo, bem como o novo acordo ortográfico.

## Justificativa e problemática

O interesse ao tema surgiu através de vivências no serviço de obstetrícia do Hospital Regional João Morais, em que se deparou com algumas dificuldades enfrentadas no âmbito do atendimento às gestantes. Neste sentido o tema trás interesse tanto a nível pessoal, académico e também profissional.

A nível pessoal é um tema que chama a atenção por a gravidez ser um marco muito importante na vida de qualquer mulher e é de extrema importância que se dê uma atenção especial a mulher grávida e às possíveis patologias que podem surgir durante a gravidez.

No dia-a-dia da enfermagem vive-se inúmeras situações difíceis e o enfermeiro deve ter a capacidade de se colocar no lugar do outro, ou seja, o enfermeiro deve ter a empatia como atributo para aceitar as limitações do outro nesse caso, do utente.

É fundamental acrescentar ainda que o enfermeiro não deve ser a pessoa de que se espera apenas conhecimentos científicos, mas também que saiba ter empatia, promovendo cuidado e conforto e favorecendo o relacionamento entre o utente, a família e o próprio enfermeiro com uma relação de respeito e colaboração mútua.

A nível académico é com o objetivo de trazer novos conhecimentos, relativamente ao tema e atingir metas em relação ao trabalho de conclusão de curso que se pretende realizar, melhorar as práticas de enfermagem e mostrar aos colegas, profissionais de saúde de que é um tema bastante importante e bastante pertinente para o dia-a-dia do enfermeiro.

Sendo enfermeiras, tendo exercido funções nos diversos setores do Hospital e vivenciado muitas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde perante ao atendimento às gestantes com pré-eclâmpsia e eclâmpsia, motivou de alguma forma profissionalmente o estudo à esse tema. Por vezes o desespero em salvar a vida tanto da mãe como do feto leva os profissionais às situações de estresse e isso dificulta muitas vezes a atuação imediata a essas gestantes.

Ainda é de realçar que a escolha do tema visa chamar a atenção de todos os profissionais de saúde que estão diretas ou indiretamente ligados ao atendimento de gestantes, de que todas devem ter um cuidado especial, não que os outros utentes não tenham, mas é de lembrar que quando se cuida de uma grávida está-se a cuidar de duas vidas.

Deve-se destacar, porém que quanto mais preparado o profissional de saúde estiver melhor atendimento vai prestar ao utente. É imprescindível que a equipa de saúde esteja ciente

das suas limitações e capacidades para que possa transmitir melhor cuidado aos seus utentes e procurar não diminuir a sua efetividade na prestação dos cuidados por causa da fadiga e possíveis frustrações.

O papel do enfermeiro é de uma importância indescritível no atendimento, tratamento e recuperação do utente visto que é ele que acompanha o utente desde a entrada no hospital até o momento da alta hospitalar, sem esquecer de que a família também tem o seu papel importante na recuperação do utente.

Do ponto de vista social, é um tema que deve ter uma atenção especializada visto que as gestantes muitas vezes quando acometidas por qualquer patologia não tem conhecimentos suficientes sobre a gravidade do seu problema para procurarem os serviços de saúde atempadamente. Isso acontece muitas vezes por a situação geográfica da ilha ser difícil, também pelo facto de os utentes terem fracas condições económicas e ainda o nível académico fraco influencia também de certo modo a procura das estruturas de saúde.

O número de gravidezes anual em todo o mundo é alto apesar de terem diminuído nos últimos anos. Cada ano estima-se que 208 milhões de mulheres ficam grávidas. Entre elas 53% tem uma gravidez planeada levando a um nascimento com vida (...). Mas muitas vezes algumas delas levam a mulher a patologias graves, destacando assim as patologias hipertensivas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia. (OMS, 2013)

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) apontam que, todos os dias no ano de 2010, cerca de 800 mulheres morreram em decorrência da gravidez ou parto. As síndromes hipertensivas ocupam o segundo lugar no ranking de causas de mortes maternas, ficando atrás apenas das hemorragias, sendo responsáveis por cerca de 14% de todos os óbitos maternos do mundo e alcançam índices de até 22% na América Latina. Ressalta-se, ainda, que cerca de 10% de todas as gestações no mundo cursam com algum tipo de síndrome hipertensiva, classificadas em pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão gestacional e hipertensão arterial crónica.

Ainda Bobak et al. (1999, p. 558) acrescenta que “cada ano cerca de 3,5 milhões de gravidezes atingem a viabilidade (22 a 24 semanas de gestação), mas destas pelo menos cerca de 30.000 fetos não sobrevivem e cerca de igual número de recém-nascidos morrem no primeiro mês de vida”, isso devido a gravidezes de alto risco.

De acordo com dados de 2011, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), as síndromes hipertensivas foram a causa mortis de 325 óbitos,

representando 20% das causas de óbitos maternos, e 56% destes ocorreram no período gestacional. (Say, Chow, Gemmill, Funçal, 2014, p. 2 e 323).

A OMS (2014, p.1) afirma que “os distúrbios hipertensivos da gravidez afetam quase 10% de todas as mulheres grávidas em todo o mundo. Nessas patologias incluem a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, a hipertensão gestacional e a hipertensão crónica. Uma das principais causas de morbidade e mortalidade materno-infantil são os distúrbios hipertensivos”.

No dia-a-dia dos profissionais de saúde em particularidade o enfermeiro observa-se, dificuldades enfrentadas em intervir com a mulher acometida por patologias no período da gravidez e do puerpério nos cuidados que lhe são prestados, afetando assim as suas necessidades.

No Brasil a hipertensão gestacional (HG) é considerada como a maior causa de doença e com um índice elevado de morte entre as gestantes. A HG apresenta a incidência que varia de 6% a 30%, podendo proporcionar um alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal (Sampaio, Santana, Hanzelmann, 2013, p. 36).

De acordo com o Relatório ODM de Cabo Verde (2015, p. 50) “a taxa de óbitos maternos por cada 100 000 nados vivos diminuiu de 79 para 9,4 entre 1990 e 2014, situando o país numa posição de destaque, quando comparado com outros países da África Subsaariana”, o que demonstra que Cabo Verde é um exemplo de países da África em que a taxa de mortalidade materna diminuiu nos últimos anos.

Mesmo com progressos na medicina, a taxa de mortalidade materna continua alta no mundo. Em Cabo Verde segundo os dados do INE de 2009 a 2012 houve um declínio do número de morte maternos de 7 para 1. Contudo constatou-se um ligeiro aumento de 3 mortes de 2012 para 2013. Segundo os dados do Relatório Estatístico de Saúde (2013, p. 10), “em 2009 o número de mortes maternas foram 7, 2010- 5, 2011- 5, 2012- 1 e em 2013- 4 mortes maternas.”

O quadro que se segue mostra as variações dos casos de internamentos por pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome de HELLP registados no Hospital da Ribeira Grande entre os anos de 2013 à 2016.



### **Quadro 1: Hospitalizações das grávidas com pré-eclâmpsia, eclampsia e síndrome de HELLP no Hospital João Morais**

	2013	2014	2015	2016
Pré-eclâmpsia	1	3	6	6
Eclampsia	2	1	2	
Síndrome de HELLP	0	0	0	1

**Fonte:** Elaboração própria a partir dos dados estatísticos do Hospital João Morais

Apesar de não se ter constatado óbitos maternos em Santo Antão nos últimos quatro anos, verificou-se, porém, que houve um aumento dos casos de pré-eclâmpsia entre os anos de 2013 à 2016 sendo que no ano de 2015 e 2016 o número de casos manteve-se. Entretanto no caso das eclampsias verificou-se uma oscilação preponderante de 2013 a 2016 e no que tange à síndrome de HELLP só se registou um caso em 2016.

Sendo assim, este estudo reflete a importância das intervenções de enfermagem a mulheres com hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclampsia de modo a enfrentar os desafios que as afetam nesta etapa da vida.

Para o estudo dessa temática abordada é pertinente delinear alguns objetivos para uma melhor compreensão das atuações prestadas nos serviços de obstetrícia do Hospital Regional João Morais:

#### **Objetivo Geral**

- ❖ Analisar as atuações de enfermagem nas emergências obstétricas sobretudo a pré-eclâmpsia e eclampsia no serviço de obstetrícia do Hospital Regional João Morais

#### **Objetivos específicos**

- ❖ Identificar as intervenções de enfermagem prestadas as gestantes com pré-eclâmpsia e eclampsia no serviço de obstetrícia do Hospital da Ribeira Grande;
- ❖ Identificar dificuldades encontradas pelos enfermeiros face ao atendimento das emergências obstétricas no Hospital;
- ❖ Descrever as estratégias utilizadas/mobilizadas pelos enfermeiros no Hospital da Ribeira Grande;
- ❖ Realçar a importância de enfermeiros especializados no atendimento das urgências e emergências obstétricas do Hospital da Ribeira Grande.

# **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1. Fundamentação teórica**

Nesta fase do trabalho é pertinente fazer uma pesquisa bibliográfica de modo a expor os principais conceitos relacionados com a temática trata-se de uma fase importante em qualquer trabalho científico. Neste sentido inicia-se com o conceito da gravidez de modo a enquadrar melhor a temática.

### **1.1. Conceito de gravidez**

A gravidez e a expectativa do parto, para qualquer mulher, é uma das experiências mais importantes e emocionante em suas vidas. A gestação é tida um fenómeno fisiológico normal, e a sua evolução, na maior parte dos casos, ocorre sem intercorrências durante o período gravídico, o parto e o puerpério. Inicia-se com a fecundação do óvulo pelo espermatozoide e a nidação do ovo na parede do útero, provocando “mudanças biológicas, somáticas, psicológicas e sociais” (Pamplona, Costa e Carvalho, 2010, p. 22) que interferem nas relações estabelecidas pelas gestantes.

Segundo Freitas et al., (2006), a gestação é um fenómeno fisiológico, por isso mesmo, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem interferências. As observações clínicas e as estatísticas demonstram que cerca de 90% das gestações começam e terminam sem complicações.

É importante saber, no entanto que, a duração média da gestação humana é de 280 dias a partir do primeiro dia da data da última menstruação (DUM) até o parto quando de termo. O período gestacional de 40 semanas baseia-se nas semanas menstruais com a premissa de ovulação e de concepção no 14º dia de um ciclo de 28 dias (Brankowski et al., 2006).

Seguindo o mesmo raciocínio Luciano, Silva e Ceccheto (2011, p. 1264) afirmam que “durante o processo reprodutivo, a mulher passa por várias modificações físicas e emocionais. Tais mudanças são rápidas e intensas, afetando sua fisiologia, sua rotina e exigem sua adaptação, gerando insegurança e ansiedade. Essa condição é agravada na associação de determinadas doenças.”

Ainda Filho et al (2006, p. 20) acrescenta que:

“a gravidez é o período de crescimento e desenvolvimento de um ou mais embriões no interior do útero. Para que ocorra a gravidez é necessário que o óvulo, gâmeta

feminino, seja fecundado pelo espermatozoide, gâmeta masculino. O resultado dessa fecundação dá origem ao zigoto, que após várias mitoses se transforma no embrião.”

Sendo a gravidez um fenómeno fisiológico, esse mesmo autor frisa ainda que:

“quando esse embrião chega ao útero, ele se fixa na parede uterina em um processo que conhecemos como nidação, que ocorre geralmente no 7º dia após a fecundação. Assim que ocorre a nidação, tem-se o início da gravidez, também chamada de gestação. Na espécie humana, a gravidez dura aproximadamente nove meses ou cerca de 40 semanas” (Filho et al (2006, p. 20).

Mudanças fisiológicas e anatómicas ocorrem com o avanço da gestação, por isso a gestante precisa conhecer e compreender as mudanças normais para ajudar a aliviar os medos e ansiedades. Para uma melhor prestação de cuidados a gestante durante o estado gravídico é importante que se tenha em consideração a sua experiência vivida e o seu conhecimento sobre o assunto.

Sendo a gravidez, segundo Silveira e Ferreira (2011, p. 54), “um momento privilegiado de transformações pessoais e sociais, mudanças inevitáveis a vida de uma mulher” é imprescindível que se tenha em conta o seu perfil sociodemográfico para um melhor planeamento dos cuidados de pré-natal.

## **1.2. Cuidados durante a gravidez**

Os cuidados durante a gravidez são essenciais, na medida em que é importante que a gestante tenha um bom seguimento durante o pré-natal para que tenha uma gravidez saudável afim de detetar e evitar possíveis complicações.

Para Ferreira et al., (2015, p. 334) “o enfermeiro deve colocar em prática as competências e habilidades, como um líder e multiplicador de conhecimento; deve implantar treinamentos teórico-práticos, envolvendo assistências que devem ser prestadas com qualidade às urgências e emergências obstétricas” a fim de promover cuidados de excelência, prevenir e reduzir possíveis complicações durante este período que podem levar a morte materno-fetal.

Atribuições do enfermeiro (Saito, 2015) orientar as mulheres e famílias sobre o pré-natal (importância, periodicidade das consultas), amamentação e vacinação:

- ❖ Realizar cadastramento da gestante no sis pré-natal e fornecendo cartão da gestante devidamente preenchido;
- ❖ Realizar consulta de pré-natal de gestação de baixo risco;

- ❖ Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local;
- ❖ Realizar testes rápidos;
- ❖ Identificar gestantes com algum sinal de alarme e ou identificadas como de alto risco e encaminha-las para consulta medica;
- ❖ Desenvolver atividades educativas e em grupo,
- ❖ Orientar gestantes e equipe quanto a fatores de risco e vulnerabilidade;
- ❖ Realizar buscas ativas de gestante s faltosas;
- ❖ Realizar visitas domiciliares no período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar mulher e companheiro sobre planejamento familiar.

Os enfermeiros têm papel fundamental no acolhimento, devem ser tomadas medidas para implementar educação para a saúde e melhorar o acesso aos cuidados na gravidez. São essenciais como comportamentos preventivos: o aconselhamento, encaminhamento para os recursos existentes, mobilização dos sistemas de apoio, educação sobre a nutrição e informações sobre as adaptações normais á gravidez. É essencial o apoio emocional e psicológico para a mulher/família a lidar com a situação (Bobak et al., 1999, p. 590).

Durante o pré-natal as gestantes devem ser orientadas sobre todos os cuidados necessários, desde alimentação, controlo do peso e da diurese, aferição da Pressão Arterial diariamente, e a observação dos movimentos fetais para que não haja complicações na hora do parto (Sampaio; Santana e Hanzelmann, 2013, p. 45).

O objetivo no tratamento da pré-eclampsia e eclampsia é a sua profilaxia. Os cuidados pré-natais adequados, com atenção para o aumento de peso, e o monitoramento adequado da pressão sanguínea e proteínas urinárias durante a gravidez reduzem a incidência e gravidade da doença.

### **1.3. Complicações da gravidez**

A gravidez na maior parte das vezes ocorre normalmente, mas em alguns casos, aparecem algumas complicações, e cabe ao profissional de saúde que acompanha a gestante estar atento aquando do aparecimento dessas complicações. Entre essas complicações podemos destacar a Diabetes mellitus, Tromboembolia venosa, placenta prévia, Mola hidatiforme, Infecção urinaria, Hipertensão Arterial na gravidez, entre outros.

### 1.3.1. Infecção urinária

A infecção urinária durante a gravidez deve ter uma atenção especial e tratada atempadamente para prevenção de morbidades tanto materno como fetal. Segundo Burrow e Ferris (1996, p. 266) “ocorre infecção das vias urinárias com a mesma frequência nas mulheres grávidas que nas não grávidas. Entretanto as consequências da infecção são muito mais graves durante a gravidez”.

Muitos fatores tornam a infecção do trato urinário uma relevante complicação do período gestacional, agravando tanto o prognóstico materno quanto o perinatal. ITU entende-se a presença e replicação de bactéria no trato urinário, provocando danos aos tecidos do sistema urinário. No entanto, durante a gravidez, o entendimento dessa definição deve ser ampliado, considerando-se os riscos potenciais de complicações decorrentes da bactéria assintomática (Duarte, 2004).

### 1.3.2. Diabetes gestacional

Na perspectiva de Weinert et al (2011, p.435), o diabetes gestacional é definido como “qualquer grau de redução de tolerância à glicose cujo início ou detecção ocorre durante a gravidez. Sua prevalência é variável, dependendo dos critérios de diagnóstico empregados a da população estudada. No Brasil em torno de 7% das gestações são complicadas pela hiperglicemia gestacional”.

Bobak, et al (1999, p. 645), revela que “apesar dos avanços verificados nos cuidados, a gravidez complicada pela diabetes é ainda considerada de alto risco.” Mostrando que uma abordagem multidisciplinar às essas gestantes contribui para o sucesso da diminuição de complicações que afetam a gestante e o feto.

### 1.3.3. Tromboembolia venosa

A embolia venosa é uma complicação que pode surgir durante a gravidez ou no pós-parto e traz riscos tanto para a mãe como ao feto. A trombose venosa profunda é uma afeção relativamente frequente que pode ter como complicação grave, em sua fase aguda, a embolia pulmonar e, tardiamente, a síndrome pós-trombótica. Assim, o diagnóstico deve ser feito o mais

prontamente possível, de modo a prevenir ou minimizar essas complicações (Almeida, Barreto et, al., 2005).

A trombose venosa profunda na gravidez é de baixa ocorrência, porém eleva consideravelmente a mortalidade materno-fetal, tornando a gestação de alto risco. A forma mais comum de trombose que ocorre durante a gravidez é a das veias que envolvem a pantorrilha, coxa e pelve. Os aspectos mais importantes de trombose venosa da extremidade inferior e pelve durante a gravidez é que esta frequentemente leva, durante a gravidez e o puerpério, a embolia pulmonar (EP), que é uma ameaça importante à vida de uma gestante (...). Além disso, as mulheres que apresentaram trombose venosa durante a gravidez são as que permanecem as vezes com dores crônicas e edemas nas pernas (Peter McPhedran, 1996, p. 81).

#### 1.3.4. Mola hidatiforme

Na perspectiva de Bobak, et al., (1999, p. 604) “a Mola Hidatiforme é um dos três tipos de neoplasia trofoblástica gestacional. É mais comum em mulheres que sofreram estimulação da ovulação com colmífero, pertencem a nível socioeconômico baixo e que se encontram no início ou no final da vida fértil.”

A mola hidatiforme é uma complicação da gravidez com potencial para evolução para doença com comportamento maligno e que ocorre no ocidente, numa proporção de um caso para 1000 a 2000 gestações, sendo a doença trofoblástica gestacional (DTG) mais frequente. Apenas um estudo Brasileiro sobre o tema indica, com base em atendimento hospitalar de um número centro, a proporção de uma MH para 215 gestações, (Steigrad SJ. 2003, p. 17) e (Sun, Amed e Camano, 1992, p. 38).

#### 1.3.5. Placenta prévia

A placenta prévia é uma complicação da gravidez que incide principalmente nas gestantes com idade mais avançada e multíparas e que pode causar a morbimortalidade materno-fetal. Segundo (Claydon e Permoll, 2004). “a placenta prévia consiste na implantação placentária no segmento inferior (SI) distando no máximo 7cm do orifício interno (OI) do colo do útero, compondo juntamente com o descolamento prematuro e a ruptura uterina, causas de sangramento vaginal do terceiro trimestre da gestação.”

Ela é classificada de acordo com a proximidade com o colo em placenta prévia: centro-total (recobre o orifício interno do colo do útero), centro-parcial (recobre parcialmente o orifício interno), marginal (margem o orifício interno do colo do útero) e lateral (distanto até 7cm do orifício interno do colo) (Claydon e Permoll, 2004).

Além da alta mortalidade materna a morbidade também é bastante elevada de até 20%, associada ao choque hemorrágico; terapêutica transfusional; complicações de cesárea e infecção. No acréscimo, a extensão da área placentária muitas vezes é desconhecida, por falta de conhecimento da doença e /ou pela falta de preparo dos profissionais na pesquisa dessa entidade (Klotz, 1989).

As síndromes hipertensivas são as complicações mais frequentes durante a gravidez e segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil, é a primeira causa de morte materna. Sendo assim as grávidas com hipertensão exigem cuidados especiais uma vez que possuem maior possibilidade de hospitalização no decorrer da gestação devido os riscos maternos e fetais associados.

#### 1.3.6. Gravidez de alto risco

Toda a gestação é considerada de risco tanto para a mãe como para o feto, mas em alguns casos o risco é muito maior e são designadas de gestação de alto risco. Assim Guimarães (2002, p. 229) refere que a gravidez de alto risco é: “toda a gravidez que traz alguma forma de risco para a grávida e ou para o feto.” Logo a grávida deve ser alertada para conhecer os sinais e as mudanças no seu corpo e reconhece-las quando estas não são normais.

É importante estar em alerta, pois uma gravidez que esta decorrendo bem pode complicar a qualquer momento, durante a evolução da gravidez ou durante o trabalho de parto. Logo é importante estar atento para intervenções precisas e essenciais e evitar retardos assistenciais, capazes de gerar morbidade grave, morte materna e perinatal (Ministério de Saúde do Brasil, 2010, p. 11):”

Ainda o Ministério da Saúde do Brasil (2010, p. 11) realça que:

“a gravidez é um fenómeno fisiológico e deve ser vista pelas grávidas e equipas de saúde como parte de uma experiencia de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de grávidas que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “grávidas de alto risco”.



Neste sentido é importante estar atento aos sinais de risco que levam a complicações de uma gravidez.

#### **1.4. Triagem**

A triagem não pretende definir um diagnóstico, mas sim definir uma prioridade clínica. É de importância fundamental para a organização de um serviço de urgência a existência de um sistema de prioridades. Segundo Ponce e Teixeira (2006, p. 327) “o termo triagem deriva do francês “trier”, que significa escolher”.

A triagem tem como objetivo dar prioridade aos casos mais urgentes e para isso o profissional deve ter a capacidade de identificar e estabelecer essa prioridade. Assim Ponce e Teixeira (2006, p. 327) realça que “os principais objetivos de triagem no SE são: Priorizar o atendimento do doente; regularizar o fluxo de doentes. Um sistema de triagem eficiente melhora a qualidade de cuidados prestados, diminui o tempo para a primeira observação e tratamento do doente”

As emergências são unidades de saúde que prestam assistência a doentes com ou sem riscos, mas que necessitam de atendimento imediato. Independentemente da motivação para a procura dos serviços de emergência, a maioria dos pacientes não tolera esperar por muito tempo para ser atendido. Segundo Bittencourt e Hortale, 2009 (citado por Ministério da saúde (2012, p. 1) “a redução dos tempos de espera, especialmente dos pacientes graves, pode melhorar a qualidade da assistência, proporcionando mais prontamente o acesso ao diagnóstico e ao tratamento específico para a condição do paciente.”

Ainda o Ministério da Saúde Brasil (2012) afirma que “longos tempos de espera contribuem para a superlotação dos serviços de urgência e emergência, que podem levar à uma série de problemas, incluindo resultados desfavoráveis no tratamento e na evolução dos pacientes, maior sofrimento para aqueles que esperam (...)”.

Assim Menzani e Bianchi (2009, p. 02) enfatizam que “os profissionais que atuam em unidade de atendimento de urgência devem ser capazes de tomar decisões rápidas e precisas e serem capazes de distinguir as prioridades, avaliando o paciente como um ser indivisível integrado e interrelacionado em todas as suas funções.”

## **1.5. Emergências obstétricas**

A Obstetrícia tem como objetivo o a prestação de cuidados na gestação e o puerpério. Assim, a sua responsabilidade diz respeito, simultaneamente, à mulher e ao embrião/feto, desde a concepção até ao nascimento. As doenças hipertensivas da gravidez são as causas mais importantes de mortalidade materna e, um fator contributivo significativo para a morbilidade (prematuridade, restrição crescimento intrauterino) e mortalidade perinatal em todo o mundo (Soares et al, 2009).

A hipertensão constitui uma das principais complicações da gravidez, e é considerada a principal causa da morbimortalidade infantil. A pré-eclâmpsia e eclâmpsia podem levar a mulher a algumas complicações letais como: placenta abrupta, coagulação intravascular disseminada (CID), hemorragia cerebral, acidente vascular cerebral, insuficiência hepática e insuficiência renal aguda (Bobak, 1999).

A pré-eclâmpsia contribui para a morte fetal intrauterina e mortalidade perinatal. As principais causas de morte neonatal são: insuficiência placentária e placenta abrupta, sendo comum o atraso no crescimento intrauterino (ACIU) em crianças de mães com pré-eclâmpsia. As convulsões devidas aos efeitos cerebrais profundas da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia constituem o maior risco materno (Bobak, 1999).

## **1.6. Classificação das doenças hipertensivas na gravidez**

Neste trabalho tendo em conta a temática elegida achou-se pertinente fazer uma pesquisa bibliográfica sobre a classificação das doenças na gravidez

### **1.6.1. Hipertensão na gravidez**

Entre as doenças maternas que ocorrem no período gestacional, a hipertensão induzida pela gravidez é considerada uma das que mais efeitos graves provocam no organismo materno, fetal e neonatal. A gravidez pode induzir hipertensão arterial ou agrava-la em mulheres anteriormente normotensas.

Para Fernandes e Azevedo (2013, p. 323) “a DHEG é uma doença que ocorre no final do 2º trimestre da gestação e persiste durante todo o período gestacional, onde esta caracterizada pela tríade como edema, proteinúria e hipertensão arterial”.

Na perspectiva de Burrow e Ferris (1996, p. 1):

“a hipertensão é a complicação clínica mais comum da gravidez, ocorrendo pressão arterial de 140/90 mmHg ou mais em aproximadamente 10% das gestantes. Ela tem uma frequência bimodal, mais comum em mulheres jovens em sua primeira gravidez e em mulheres multíparas mais idosas. Uma elevação na pressão arterial na gravidez indica quase sempre a presença de uma das quatro condições: 1. pré-eclâmpsia (toxemia); 2. pré-eclâmpsia superposta a hipertensão crônica ou nefropatia; 3. hipertensão essencial crônica; ou 4. Hipertensão gestacional.”

Ainda Neto e Wartchow (2012, p. 179) acrescentam que “a definição da hipertensão na gravidez considera os valores absolutos da PA sistólica > 140mmHg e ou diastólica > 90mmHg. O diagnóstico é feito pela medida seriada dos níveis pressóricos durante o acompanhamento pré-natal.”

Tendo em conta o perigo que a hipertensão pode causar na mulher e o novo ser, é pertinente ter em atenção os níveis de pressão arterial, tanto no pré-natal, como nas urgências e emergências.

Na perspectiva do Ministério da Saúde do Brasil, (2003, p. 35).

“a crise hipertensiva pode caracterizar-se em urgência (ausência de sintomatologia clínica) ou emergência hipertensiva (presença de sintomatologia clínica). A segunda é extremamente danosa para a mulher, uma vez que leva ao comprometimento de funções vitais como: insuficiência cardíaca congestiva, encefalopatia hipertensiva e hemorragia intracraniana.”

### 1.6.2. Pré-eclâmpsia

A pré-eclâmpsia é designada como sendo a hipertensão que surge após a vigésima semana da gestação, associado com proteinúria e edemas. Ela é muito comum e uma das mais graves complicações da gravidez, pode ser uma doença bastante perigosa pondo em risco a vida tanto da mãe como do feto.

Segundo Lowdermilk, Perry e Bobak (2002, p. 649)

” a pré-eclâmpsia, uma condição específica da gestação na qual a hipertensão desenvolve-se após as 20 semanas de gestação numa mulher previamente normotensa, é um processo de doença multissistêmico, vasoespástico, caracterizado pela

hemoconcentração, pela hipertensão e pela proteinúria. O diagnóstico da pré-eclâmpsia baseia-se tradicionalmente na presença de hipertensão com proteinúria, no edema patológico ou ambos”.

É importante perceber que a pré-eclâmpsia consiste no aumento da tensão arterial somente no período gestacional o que é diferente de uma mulher que já seja hipertensa antes da gravidez, existindo ainda a chamada pré-eclâmpsia sobreposta a hipertensão arterial crônica, ou seja, quando a mulher já é hipertensa antes da gravidez mas sua tensão adota valores considerados normais com recurso a procedimentos terapêuticos, e durante a gravidez estes valores se descontrolam (Mariano, Martins, Santos e Martins, 2011).

Bottomley, O'Reilly e Rymer (2008, p. 253) referem também que “as características da pré-eclâmpsia têm origem na invasão trofoblástica, anômala, da placenta durante a fase inicial da gravidez. A habitual baixa resistência e elevado fluxo não se desenvolvem nas artérias espirais do útero, daí resultando uma disfunção vascular endotelial difusa materna com vasoconstrição e agregação plaquetária”.

Ainda o mesmo autor salienta que “as mulheres com hipertensão podem referir cefaleias ou alterações visuais. Na pré-eclâmpsia pode também manifestar-se dor epigástrica, náuseas, vômitos e edema. O edema é mais frequente na face e dedos e as mulheres podem aperceber-se que não conseguem tirar os anéis” Bottomley, O'Reilly e Rymer, 2008, p. 253).

Os profissionais devem estar atentos às queixas das gestantes afetadas pela patologia a fim de prevenir o agravamento da doença. “o agravamento da pré-eclâmpsia, independentemente da sua etiologia, é evidenciado pelo envolvimento multissistêmico no processo de doença. O envolvimento renal é demonstrado pela alteração do débito urinário e do ionograma. O fluxo sanguíneo renal e filtração glomerular diminui, resultando em oligúria, diminuição de clearance de creatinina na urina e aumento da urémia, uricemia e creatinemia” (Bobak, 1999, p. 582).

E nessa lógica é indispensável que os profissionais de saúde essencialmente os enfermeiros estejam atentos às gestantes que apresentem os fatores considerados de risco para que possam prevenir eventuais complicações e as orientarem sobre a sua patologia principalmente aquando da diminuição da urina.

A pré-eclâmpsia pode ser considerada de moderada/leve ou grave, sendo que na primeira se distingue pelo aumento súbito do peso (superior a 500gr. por semana), com aparecimento de edemas, hipertensão e proteinúria (1+), enquanto, a segunda apresenta sinais como o aumento da pressão arterial igual ou superior a 160/110mmHg, proteinúria

(2+ ou 3+) e manifestações como turpor, cefaleia, diplopia, turvação, dor epigástrica e por fim edema agudo do pulmão (Mariano, Martins, Santos e Martins, 2011).

Zanotti, Zambom e Cruz (2009, p. 4) afirmam que “a pré-eclâmpsia leve é definida quando existe hipertensão com valores maiores ou iguais a 140/90mmHg, associado a proteinúria e ao edema que não cede com repouso, e apresenta início súbito, ou ainda quando há um ganho de 500g ou mais por semana.”

Na pré-eclâmpsia leve ou moderada o mais importante é estar atento aos valores de pressão arterial da grávida e não esquecendo a avaliação do bem-estar fetal que consiste na vigilância dos movimentos fetais e batimento cardíaco fetal e CTG. E sendo assim, as grávidas devem ser hospitalizadas para avaliação diagnóstica inicial e mantidas com dieta normossódica e repouso relativo.

Para o Ministério da Saúde do Brasil (2010, p. 30-31) “ a avaliação das condições maternas devem incluir: Pressão arterial de 4/4h durante o dia; Pesagem diária; Pesquisa de sintomas de iminência de eclampsia: Cefaleia frontal ou occipital persistente; Distúrbios visuais (escotomas, diplopia, amaurose); Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, acompanhada ou não de náuseas e vômitos; Híper-reflexia; Proteinúria na fita ou proteinúria de 24 horas; Hematócrito e plaquetas; Provas de função renal e hepática. Não há necessidade de tratamento medicamentoso.

Relativamente aos cuidados direcionados ao feto deve constar “contagem de movimentos fetais diariamente; avaliação do crescimento fetal e do líquido amniótico. Se os resultados estiverem normais, repetir o teste a cada três semanas. A reavaliação materna e fetal deve ser imediata se ocorrem mudanças abruptas nas condições maternas, redirecionando a conduta” (Ministério da Saúde do Brasil, 2010, p. 31).

Na pré-eclâmpsia grave, a pressão arterial é caracterizada por valores superiores ou iguais a 160/110 mmHg, ou com qualquer outro sinal como cefaleia, alterações visuais, náuseas, vômitos e dor abdominal (normalmente acima do umbigo), falta de ar, dor pélvica, sangramento vaginal, hematúria, confusão mental, anemia hemolítica, edema pulmonar, cianose, e proteinúria de 3g ou mais nas 24 horas” (Zanotti, Zambom e Cruz, 2009, p. 4-5).

Às grávidas com diagnóstico de pré-eclâmpsia grave deve-se fazer o internamento, realizar exames de rotina e avaliar as condições da mãe e do feto. Deve-se ainda ponderar a sua transferência para uma unidade de referência, após a estabilização materna inicial. (Ministério de Saúde do Brasil, 2010, p. 32).

Sendo assim o profissional de saúde deve disponibilizar à mãe e ao feto um tratamento paliativo até que o parto seja programado, o que dependerá da idade gestacional, da condição materno-fetal, bem como, dos riscos e benefícios geridos entre mãe e feto.

Nestes casos o recurso a terapêutica é frequente pois o objetivo é diminuir o risco de ocorrência de convulsões (eclampsia), manutenção do balanço hídrico e manter a tensão diastólica entre os 90/100 mmHg. Na pré-eclampsia grave surgem como sinais de risco eminente: tensão arterial sistólica 160 mmHg/ diastólica 110mmHg; proteinúria >5g/24h; creatinina sérica >8mg/dl; eclampsia; edema pulmonar; oligúria (débito urinário < 500ml/24h); hemólise (DHL >600UI e esquizóticos no esfregaço do sangue periférico); trombocitopenia; disfunção hepatocelular; restrição no crescimento fetal ou oligoamnio; cefaleia, perturbações visuais, epigastria ou dor no quadrante superior direito, hiperreflexia (Mariano et al, 2011).

A mulher deve estar atenta aos sintomas de pré-eclâmpsia para facilitar o seu controlo. É importante também que, seu parceiro ou outro familiar seja, instruído, a fim de detetar qualquer alteração no corpo da mulher, como o edema da face.

### **1.7. Fatores de risco para pré-eclâmpsia e eclâmpsia**

Diversos fatores podem aumentar o risco de pré-eclampsia e consequentemente a eclampsia. A identificação de gestantes de risco é importante para minimizar a mortalidade e morbidade materno-fetal, logo é evidente que os fatores de risco devem ser conhecidos e identificados para evitar tais complicações.

Pode-se destacar que “os fatores de risco que podem contribuir para o aparecimento dessa problemática são vários, englobando: a doença renal, o diabetes, a obesidade, a gravidez múltipla, a primiparidade, a faixa etária acima dos 30 anos, os antecedentes pessoais ou familiares de pré-eclampsia e/ou hipertensão arterial crônica e a raça/cor negra” (Sampaio, et al, 2013).

Não existe um perfil próprio para a identificação de uma gestante com pré-eclâmpsia, porém existem alguns fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da patologia e que permite ao profissional identificar uma gestante com risco de pré-eclâmpsia e adota-la como medida de prevenção.

Porém pode-se apontar alguns fatores de risco como: “Nulíparas; baixo nível socioeconómico; Extremos da idade fértil (menores de 18 anos e maiores de 40 anos de idade); história familiar de pré-eclâmpsia; Diabetes insulínica; Hipertensão pré-existente; Gravidez gemelar; Hidrâmnios; Mola Hidatiforme” (Bobak, 1999, p. 28).

#### 1.7.1. Primíparas

Diversos fatores foram identificados como capazes de aumentar o risco de pré-eclâmpsia. Essa é primariamente uma doença da primeira gestação, ocorrendo em 2 a 7% de nulíparas saudáveis. A primiparidade é um factor predisponente para a pré-eclâmpsia, independente da idade da paciente pelo fato do organismo materno estar em contacto pela primeira vez com antígenos fetais, estando exacerbadas as reações imunológicas resultantes de uma baixa produção de anticorpos bloqueadores (Moraes e Viggiano, 1997, p. 14).

Seguindo o mesmo raciocínio, Rezende (2000, p. 687) refere que “ a maioria das Mulheres que desenvolve Hipertensão induzida pela gravidez encontra-se grávida pela primeira vez. A maior incidência de toxemia acontece nas primigestas, cuja parede abdominal é mais resistente que a das múltiparas.”

#### 1.7.2. Gravidez gemelar

Para Melson et al., (2002, p. 49) “as complicações maternas da gestação múltipla são acentuação do desconforto da gravidez, anemia, hidrâmnio, hipertensão induzida ou agravada pela gravidez, placenta prévia (...), pois a assistência a mulheres com gravidez múltipla que desenvolvem hipertensão, pode ser particularmente importante, e deve seguir as recomendações de tratamento.”

#### 1.7.3. Nível socioeconómico

Ter hábitos saudáveis influencia muitas vezes no processo de gravidez e ajuda na prevenção de complicações, mas nem sempre tal é possível quando o nível económico não favorece. Segundo Lavínia (2006, p. 30) “possuir bons hábitos alimentares deve fazer parte de estilos de vida saudáveis e é fundamental para qualquer mulher que pense engravidar. Mulheres com excesso de peso devem ser incentivadas antes da gravidez a perder peso, não só para

facilitar a concepção, mas também devido ao aumento de complicações na gravidez (HTA, diabetes) entre outras.”

Ainda Bobak, et al (1999, p. 712) acrescenta que “as mães com fracos rendimentos são mais propensas a doenças e complicações obstétricas durante a gravidez. Muitas dessas complicações têm consequências ameaçadoras para a vida quer da mãe como da criança.”

#### 1.7.4. Idade materna

Uma gravidez pode ter complicações independente da idade da gestante, mas quando se trata de gestante muito jovens ou com idade acima dos 35 anos de idade as complicações se tornam mais frequentes. Para Bobak, et al., (1999, p. 584), “as mulheres com mais de 35 anos e menos de 18 anos resididas nas regiões do Sul e oeste dos Estados Unidos tem mais incidência a ter pré-eclâmpsia”.

Ainda Gonçalves e Monteiro (2012, p. 277) acrescenta que “a hipertensão arterial é a complicação mais encontrada na gestação, ocorrendo principalmente em mulheres de idade avançada. Quando crônica, é diagnosticada na gravidez em mulheres com idade superior a 35 anos de duas a quatro vezes frequentemente em mulheres com 30 a 34 anos. A incidência de pré-eclâmpsia na população obstétrica geral é de 3 a 4% e na população maior de 40 anos aumenta para 5 a 10%.”.

#### 1.7.5. Hereditariedade

Uma gestante que tem antecedentes de hipertensão, pré-eclâmpsia, ou eclâmpsia na família tem maior probabilidade de desenvolver a patologia. Na perspectiva de Bobak et al (1999, p. 584) “filhas e irmãs de mulheres que já desenvolveram pré-eclâmpsia tem maior probabilidade de desenvolver a doença que as restantes”.

Ainda Sousa et al., (2009, p. 52) acrescentam que há uma tendência familiar de incidência de pré-eclâmpsia, cerca de quatro vezes maior em filhas de mães que apresentaram essa síndrome do que na população geral. Quando uma mulher sofre de pré-eclâmpsia, suas parentas próximas terão eclâmpsia durante uma primeira gravidez, diminuindo o risco na gravidez posterior, desde que as crianças sejam do mesmo pai.



### 1.7.6. Patogenia

A pré-eclâmpsia é considerada a doença das teorias, sendo que é importante perceber que a pré-eclâmpsia consiste nos valores da pressão arterial somente no período gestacional o que a diferencia de uma mulher que já seja hipertensa antes da gravidez. De referir que recentes avanços têm sido capazes de oferecer um entendimento maior para essa intrigante patologia (Paula, 2010).

Ainda de acordo com Paula (2010) essa doença seria ocasionada pela presença da placenta e pela reação materna à placentação, sendo que a placentação não seria a causa, mas sim, um fator predisponente. Grande parte da literatura tem referido a placenta como foco das manifestações da pré-eclâmpsia, observando o grau de invasão do trofoblasto, que, na pré-eclâmpsia, parece ocorrer de forma incompleta. Na implantação, ocorre remodelamento inadequado das artérias espiraladas, porém não é necessariamente a origem do processo.

Paula (2010), aborda que:

“existem inúmeras teorias propostas, incluindo mecanismo imunológico, estado inflamatório sistêmico exacerbado, estresse oxidativo, presença de anticorpos circulantes contra receptores da angiotensina, e estado protrombótico, além da placentação anormal com desequilíbrio de fatores pró e antiangiogênicos. Vasoespasmo, perturbações humorais e estresse oxidativo fazem parte do processo. Atualmente, é aceito o conhecimento de que ocorre dano endotelial, levando a uma perda da autorregulação vascular com vasoespasmo significativo. Ocorre alteração da reatividade vascular com resistência periférica aumentada. O exato mecanismo da vasoconstrição permanece obscuro, parecendo existir envolvimento dos níveis de tromboxane e prostaciclina, angiotensina II, endotelina, redução na produção do óxido nítrico sintetase, atividade das células endoteliais, dentre inúmeras outras possibilidades”.

## 1.8. Sinais e sintomas de pré-eclâmpsia e eclâmpsia

É muito importante que os enfermeiros sejam capazes de identificar sinais e sintomas da pré-eclâmpsia e de eclâmpsia eminente para uma boa orientação das grávidas e suas famílias e a necessidade de procurarem com antecedência os serviços de saúde. Nesses sinais e sintomas destacam-se:

### 1.8.1. Edema

O edema pode ser considerado um dos sinais da pré-eclâmpsia, mas sabe-se, no entanto, que ela pode aparecer em qualquer gestante.

Para Graça (2000, p. 596) “o edema na PE esta relacionada com a retenção de sódio no espaço intersticial e pode ter como manifestação inicial, o súbito aumento de peso (superior a 2 Kg por semana), aparecendo depois como edema matutino da face e das mãos.”

Rezende (2000, p. 689) acrescenta que “devem-se considerar duas formas de edema: o edema oculto e o edema visível. O primeiro caracteriza-se apenas pelo rápido aumento de peso: no segundo, além de comprovação do facto, a compressão de face anterior da perna determina formação de godé característico.”

Ainda o mesmo autor frisa que “costuma-se classificar o edema em graus: na escala ascendente, ele atinge os membros inferiores do maléolo até a tíbia (+); estende-se às coxas e também aos membros superiores (++); alastra a todo o corpo excluindo as cavidades serosas (+ + +) e, finalmente, constitui o derrame generalizado ou anasarca (++++)” (Rezende, 2000, p. 689).

### 1.8.2. Hipertensão arterial

Deve-se ter em atenção os níveis de pressão arterial na grávida, pois para fazer o diagnóstico é essencial fazer medições cuidadosas e identificar as variações. Segundo Ministério da saúde do Brasil (2012, p. 27) a hipertensão arterial é a “pressão arterial igual ou maior que 140/90mmHg baseada na média de pelo menos duas medidas. Considera-se pressão sistólica o primeiro ruído (aparecimento do som) e a pressão diastólica o quinto ruído de Korotkoff (desaparecimento do som).”

Ainda o mesmo autor acrescenta que “a pressão arterial deve ser mensurada com a gestante sentada, com o braço no mesmo nível do coração e com um manguito de tamanho apropriado. Se for consistentemente mais elevada em um braço, o braço com os maiores valores deve ser usado para todas as medidas” (Ministério da saúde do Brasil, 2012, p. 27).

Na perspectiva de Burroughs (1995, p. 328):

“a pressão sanguínea normal é, muitas vezes, desconhecida, porque muitas grávidas, principalmente as que procuram as clínicas de pré-natal, recorrem ao atendimento no final da gestação. É por esta razão que o nível estabelecido de 140/90mmHg para a pressão sanguínea é significativo”.

No entanto deve-se ter em atenção as condições da avaliação da tensão arterial que muitas vezes podem levar a falsos resultados. Na perspectiva do Ministério da Saúde (2006, p. 14) “a aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para

chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA.”

### 1.8.3. Proteinúria

A proteinúria é caracterizada como a perda de proteínas pela urina e é considerado um sinal importante para o diagnóstico da pré-eclâmpsia principalmente quando associada a hipertensão arterial. Para Graça (2000, p. 597) “a perda de proteína pela urina, aparece simultaneamente com a HTA ou mais caracteristicamente, ocorre alguns dias após a elevação tensional, mas não é incomum observarem-se casos de PEE sem proteinúria significativa ou apenas com discretos vestígios.”

Ainda nessa mesma linha de raciocínio Rezende (2000, p. 689) acrescenta que “a proteinúria demonstra redução da função urinária, o que é motivo de preocupação. Como limite clínico, aceita-se que grávidas normais possam apresentar proteinúria de até 0,6g nas 24 horas. A proteinúria pode ser discreta e até faltar; nas formas mais graves têm sido dosadas de 1 a 61 g/h. Na eclâmpsia, pode surgir a oportunidade de verificar 64 g/h

Complementando essa mesma ideia Enkin (2005, p. 40) realça que “a excreção renal de proteínas aumenta na gravidez normal, e a proteinúria só é considerada anormal quando ultrapassa 300 mg em 24 h. A proteinúria geralmente é um sinal tardio nos distúrbios hipertensivos induzidos pela gravidez, e está associada a um aumento de risco de má evolução fetal.”

Ainda o Ministério de saúde do Brasil (2012, p. 27) afirma que “a proteinúria é definida como a excreção de 0,3g de proteínas ou mais em urina de 24 horas, ou 1+ ou mais na fita em duas ocasiões, em uma determinação de amostra única sem evidência de infecção. Devido a discrepância entre a proteinúria de amostra única e a proteinúria de 24 horas na pré-eclâmpsia, o diagnóstico deve ser baseado em exames de urina de 24 horas. Outra alternativa é a relação proteinúria/creatinina urinária em coleta única de urina. Nesta técnica, o resultado da divisão do valor da proteinúria pela creatinina urinária (em mg/dl)  $\geq 0,3$  tem uma boa correlação com a proteinúria na urina de 24 horas  $\geq 0,3$ g. (Manual gestação de alto risco: pré-eclâmpsia).

## 1.9. Eclâmpsia

A ocorrência de convulsões e por vezes até estado coma em mulheres com pré-eclâmpsia caracteriza o quadro de eclampsia. A conduta clínica visa o tratamento das convulsões, da hipertensão e dos distúrbios metabólicos além de cuidados gerais.

De acordo com Mendes da Graça (2000, p. 590) “eclampsia, designa o quadro de pré-eclâmpsia complicado por convulsões, desde que estejam excluídas outras causas, como a epilepsia.”

Nessa mesma linha de raciocínio a OMS (2005, p. 26) citado por Ministério da Saúde: “a eclampsia é o início de convulsões numa mulher cuja gravidez se complicou por pré-eclâmpsia. Estes episódios podem ocorrer durante a gravidez (após as 20 semanas de gestação) durante o parto e ou nas primeiras 48 horas do período pós-parto.”

As convulsões são de alto risco para a mãe e para o feto devido aos efeitos cerebrais profundos da Eclampsia e essas complicações são ainda mais graves nas gestantes que não tiveram controlo pré-natal. “As complicações incluem cefaleias, convulsões e acidentes vasculares cerebrais. À medida que se verifica comprometimento do SNC, a mulher apresenta queixas de cefaleias e perturbações visuais (escotomas) ou mostra alterações de memória ou do grau de consciência. Constituem situações de perigo de vida o aparecimento de eclampsia ou convulsões” (Bobak, 1999, p. 582).

Os cuidados às gestantes com eclâmpsia são redobrados visto que o risco de vida é maior. O Ministério da Saúde do Brasil (2012, p. 36 e 37) diz que deve-se “manter o ambiente tranquilo, o mais silencioso possível; Decúbito elevado a 30° e face lateralizada; Cateter nasal com oxigênio (5l/min); Punção de veia central ou periférica calibrosa; Cateter vesical contínuo.”

Ainda o mesmo autor realça que “a terapia anti convulsivante é indicada para prevenir convulsões recorrentes em mulheres com eclâmpsia, assim como o aparecimento de convulsões naquelas com pré-eclâmpsia (Bobak, 1999, p. 582).

O sulfato de magnésio é a droga de eleição para tal. Deve ser utilizado nas seguintes situações: Gestantes com eclâmpsia; Gestantes com pré-eclâmpsia grave admitidas para conduta expectante nas primeiras 24 horas; Gestantes com pré-eclâmpsia grave nas quais se considera a interrupção da gestação; Gestantes com pré-eclâmpsia nas quais se indica a interrupção da gestação e existe dúvida se a terapia anti convulsivante deve ser utilizada (a critério do médico assistente) (Bobak, 1999, p. 582).

O sulfato de magnésio pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério, devendo ser mantido por 24 horas após o parto se iniciado antes do mesmo. Quando iniciado no puerpério, deve ser mantido por 24 horas após a primeira dose. Dose do sulfato de magnésio Dose de ataque – 4,0g (8,0ml de sulfato de magnésio a 50% com 12,0ml de água bidestilada) em infusão endovenosa lenta (aproximadamente 15 minutos) ou 5,0g (10ml de sulfato de magnésio a 50%) intramuscular em cada nádega (Bobak, 1999, p. 582).

Dose de manutenção – 1,0g/hora (10ml de sulfato de magnésio a 50% com 490ml de solução glicosada a 5% a 100ml/hora em bomba de infusão) ou 2,0g/hora (20ml de sulfato de magnésio a 50% com 480ml de solução glicosada a 5% a 100ml/ hora em bomba de infusão) ou 5,0g (10ml de sulfato de magnésio a 50%) intramuscular de 4 em 4 horas (Bobak, 1999, p. 582).

Entretanto deve-se ter em atenção os cuidados com o uso do sulfato de magnésio:

- ❖ A administração da dose de manutenção deverá ser suspensa caso a frequência respiratória tenha menos de 16 incursões por minuto, os reflexos patelares estejam completamente abolidos ou a diurese seja inferior a 100ml durante as 4 horas precedentes.
- ❖ Deve-se utilizar agulha longa e técnica em ziguezague para a administração intramuscular.
- ❖ O gluconato de cálcio a 10% atua como antídoto. É indispensável manter sempre à mão uma ampola de 10ml, para aplicação imediata no caso de eventual parada respiratória, apesar desta raramente ocorrer quando são devidamente observadas as normas de aplicação e vigilância do sulfato de magnésio.
- ❖ Na recorrência de convulsões, utiliza-se mais 2g IV e aumenta-se a velocidade de infusão do sulfato de magnésio. Na persistência delas, com crises subentrantes, pode-se optar pela fenil-hidantoína, segundo o esquema: Dose de ataque: 250mg + SG 5% 250ml IV em gotejamento até completar a dose total de 750mg (Bobak, 1999, p. 582).
- ❖ Dose de manutenção: 100mg 8/8h IV e, a seguir, 100mg 8/8 h, VO, até a alta.

### 1.9.1. Patogenia

Quanto à crise eclâptica, a etiopatogenia igualmente permanece desconhecida. Muitas teorias foram aventadas, sem conclusão definitiva. Essas incluíram vasoespasmo

cerebral local ou generalizado com encefalopatia hipertensiva, falha cerebral de autorregulação (resultando em hiperperfusão, lesão endotelial e edema vasogênico), infarto ou hemorragia cerebral, presença de microtrombos na microcirculação, assim como encefalopatia metabólica (Bobak, 1999, p. 583).

O estudo de imagens com ressonância magnética tem contribuído para o entendimento das convulsões, com visualização de imagens de hiperintensidade cortical e subcortical, principalmente na região parietooccipital (provável edema vasogênico e também infarto cerebral). O edema cerebral parece ser mais relacionado com lesão endotelial do que com o grau de hipertensão.<sup>57</sup> Estudos com *doppler* sugerem que a hiperperfusão e encefalopatia hipertensiva e não o vasoespasma sejam os achados predominantes da eclâmpsia. Shah, estudando 40 casos de eclâmpsia com tomografia computadorizada (TC) e com ressonância magnética (RM), encontrou edema cerebral difuso, áreas de hipodensidade, hemorragia subaracnóidea superficial, petéquias, demonstrando a variedade de possíveis achados, bem como encefalopatia metabólica (Bobak, 1999, p. 584).

### 1.9.2. Síndrome de HELLP

A síndrome de HELLP é considerada uma das complicações mais graves da gestação. Segundo o Ministério de Saúde do Brasil (2010, p.38) a Síndrome de Hellp caracteriza-se por hemólise (H = “hemolysis”), aumento das enzimas hepáticas (EL = “elevated liver functions tests”) e plaquetopenia (LP = “low platelets count”), sendo que na área obstétrica é considerada como agravamento do quadro de pré-eclâmpsia (Bobak, 1999, p. 587).

A síndrome de Hellp é uma emergência em que, na maioria das vezes, a interrupção da gravidez é o único caminho a seguir para salvar a vida da grávida mesmo que o feto não esteja ainda apto para sobreviver no meio extra-uterino (Bobak, 1999, p. 587).

Para Pascoal (2002, p. 257) “a síndrome de HELLP é considerada uma variante da pré-eclâmpsia e constitui uma emergência e que na maioria das vezes requer uma interrupção da gravidez, independente da idade gestacional.”

Ainda o mesmo Pascoal (2002, p. 257) realça que:

“Entretanto, em pacientes apresentando apenas discreta elevação da pressão arterial, ligeira diminuição do número de plaquetas, modesta alteração da função hepáticas e nenhuma alteração da função renal, uma conduta conservadora pode ser considerada, mesmo sabendo, que esta forma de pré-eclâmpsia pode evoluir rapidamente para uma condição ameaçadora, com intensa hemólise, alterações da coagulação e elevação descomunal (> 200 UI) dos níveis de transaminases”.

Os sintomas da Síndrome de Hellp podem confundir-se com os da pré-eclâmpsia, pelo que deve-se ensinar a grávida a diferenciá-los. Weinstein (1982, p.142-159) refere que “os sinais e sintomas envolvidos na Síndrome de Hellp são extremamente variáveis e confundem-se com aqueles da pré-eclâmpsia grave: cefaleia, distúrbios visuais, mal-estar generalizada, entre outros. A dor epigástrica ou no quadrante superior é o sintoma de mais relevância para sugerir a existência da síndrome” (Bobak, 1999, p. 592).

O manuseamento da gestante com síndrome de HELLP não é tarefa fácil e ainda representa grande desafio para os profissionais de saúde. Todas as utentes com suspeita de síndrome de HELLP devem ser hospitalizadas visto que as complicações são rápidas afectando mãe e filho (Nunes, 2005, p. 53)

Nesta mesma perspetiva de Bobak *et al* (1999, p. 592) relatam que “é importante quando realizada precocemente, a deteção clínica e laboratorial desta doença por forma a iniciar a terapêutica agressiva visando evitar a mortalidade materna e perinatal.”

### 1.9.3. Hipertensão crónica

A hipertensão é considerada crónica numa gestação, quando a mulher já era hipertensa mesmo antes da gravidez, ou se a hipertensão for diagnosticada antes da vigésima semana da gestação. Neste sentido, Lowdermilk *et al.*, (2002, p.651) afirmam que “a hipertensão crónica é definida como hipertensão presente antes da gestação ou diagnosticada antes da vigésima semana.”

Ainda Campos *et al.*, (2008, p. 93) acrescentam que a “tensão arterial sistólica (TAS)  $\geq 140$  mmHg e/ou tensão arterial diastólica (TAD)  $\geq 90$  mmHg pré-gestacional ou com aparecimento antes das 20 semanas, TAS  $\geq 140$  mmHg e/ou TAD  $\geq 90$  mmHg após as 20 semanas e persistente além de 12 semanas pós- parto é também considerada como sendo hipertensão crónica.”

### 1.9.4. Hipertensão crónica com pré-eclâmpsia sobreposta

A hipertensão crónica com pré-eclâmpsia sobreposta é um dos piores diagnósticos de hipertensão na gravidez, afetando tanto a mãe como o feto. Na perspetiva de Pascoal (2002, p. 257) “pode ocorrer em mulheres com hipertensão pré-existente e, em tais casos, o prognóstico

para a mãe e o feto é pior do que qualquer uma das condições isoladamente. O diagnóstico é feito quando há aumento da pressão arterial (30mmHg sistólica ou 15mmHg diastólica) acompanhado de proteinúria ou edema, após a 20ª semana de gestação.”

Nas mulheres com hipertensão crónica a pré-eclâmpsia se dá com o aparecimento da proteinúria, como descreve o Ministério da Saúde do Brasil (2010, p. 28-29) “é o surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crónica ou doença renal. Nessas gestantes, essa condição agrava-se e a proteinúria surge ou piora após a 20ª semana de gravidez. Pode surgir trombocitopenia (plaquetas maior que 100000/mm<sup>3</sup>) e ocorrer aumento nas enzimas hepáticas.”

### **1.10. Atuação de enfermagem: o profissional e a assistência de enfermagem à grávida de alto risco na emergência**

O atendimento nas urgências e emergências é constituído por uma equipa multidisciplinar e os profissionais devem estar preparados para darem resposta as necessidades dos pacientes.

Tendo em conta que nos serviços de urgência e emergência do Hospital de Ribeira Grande o primeiro contacto do utente é com o pessoal da enfermagem é indispensável que estes estejam preparados para essa demanda. É neste sentido que Graça (2000, p. 589) defende que:

“as razões subjacentes à estreita relação entre gravidez e hipertensão arterial não estão completamente esclarecidas, apesar do grande esforço de investigação que tem sido desenvolvido nesse campo. Sabe-se, no entanto, que uma vigilância adequada durante a gestação pode impedir o aparecimento de complicações graves, assim como o tratamento atempado permite, na maior parte dos casos, preservar as vidas da mãe e do feto.”

O Serviço de Urgência e Emergência é considerado a porta de entrada do hospital e onde os utentes têm o seu primeiro contacto com os profissionais de saúde exigindo assim, preparo físico e psicológico destes para darem respostas as suas necessidades. Assim Fernandes (2014, p. 43) afirma que “a área de urgência e emergência a assistência pré-hospitalar, é um atendimento prestado ao individuo no local em que ele se encontra, ou no hospital, neste local deve haver profissionais de saúde qualificados podendo oferecer cuidado imediato aos utentes.”

Os termos Urgência e Emergência ainda são muitas vezes confundidos por alguns, principalmente os que procuram os serviços de saúde, mas sabe-se no entanto que a muito que os diferencia. Nas urgências como refere (Rodrigues, 2000, p. 234):



“uma ocorrência imprevista de danos à saúde a qual não ocorre risco de morte, ou seja, quando o indivíduo precisa de atendimento médico imediato, por exemplo, dor torácica sem complicação respiratória, alguns tipos de queimaduras, fracturas sem sinais de choques ou outras lesões mais sérias, vômitos e diarreia, acompanhados ou não por estado febril abaixo de 39°C, sangramentos e ferimentos leves e moderados”.

Ainda Martinez e Nitschke (2001, p. 235) acrescenta que as “urgências podem ser conceituadas, como um evento caracterizado como vital pelos indivíduos e/ou pela sociedade, e que apresenta uma gravidade considerada ameaçadora à integridade física ou psicológica da pessoa”.

Os enfermeiros com os seus conhecimentos e com o ganho de práticas a cada dia apresenta-se mais capacitado para dar respostas as demandas nas urgências. Sendo assim Sheehy (2001, p. 3) diz que:

“a prática da enfermagem de urgência requer um conjunto ímpar de capacidade de avaliação, intervenções e tratamentos, de âmbito geral e especializadas. A extensão da enfermagem de urgência especifica papéis, comportamentos e processos intrínsecos à sua pratica e delinea características que lhe são próprias”.

Nas emergências por sua vez, segundo Santos (2008, p. 54): “há uma constatação médica de condições de danos à saúde, os quais implicam em risco de morte, exigindo atenção e tratamento médico imediato, tendo em vista algumas prioridades de atendimento”.

Sendo as emergências consideradas situações de risco de morte ou complicações para o utente é de esperar uma exigência maior dos profissionais envolvidos nessa demanda. O atendimento nas emergências deve ser imediato e não prolongado. A assistência em situações de emergência e urgência deve-se pela necessidade do utente em ser atendido em curto espaço de tempo. (Santos, Canetti e Júnior, 1999, p.143).

Porém o atendimento à gestante não se restringe às emergências posteriormente ela é encaminhada para os serviços de cuidado á grávida e recém-nascido onde vai ser essencialmente vigilada pelo pessoal de enfermagem. É neste sentido que Burroughs (1995, p.332) afirma que:

“a assistência de enfermagem, prestadas nessas grávidas inclui a redução de ruídos e luzes para diminuição das cargas elétricas aos neurónios do sistema nervoso. É importante a frequente certificação dos sinais vitais. É também importante lembrar que a mulher pode ter convulsão após o parto e até mesmo no 1º e 2º dia do puerpério (raramente após 48 horas). Neste caso, a avaliação contínua é necessária até a estabilização das condições da mulher.”

A vigilância às essas pacientes deve ser estrita, visto que são pacientes muito graves e as complicações podem ser maiores. No Hospital João Morais os profissionais procuram dar o seu máximo para prevenir possíveis complicações e evitar morte materno-fetal. Para os casos

de pré-eclâmpsia e eclampsia utiliza-se um protocolo de atendimento que facilita a atuação dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento. Esse protocolo está disposto no anexo do trabalho.

### 1.11. Diagnóstico e intervenções de enfermagem (NANDA e NIC) as grávidas com pré-eclâmpsia/eclâmpsia

Depois da apresentação dos principais conceitos relacionados ao tema em estudo, pré-eclâmpsia/eclampsia é pertinente relatar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem. Assim define-se o diagnóstico de enfermagem como sendo focos clínicos da ciência de enfermagem, e actividades diagnosticas que vão aproximar os enfermeiros dos seus utentes, possibilitando-lhes conhecer melhor suas respostas físicas e emocionais (Braga e Cruz, 2003, p. 241).

#### Quadro 2 – Diagnóstico e intervenções de enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Aumento de retenção hídrica relacionado as alterações fisiológicas da hipertensão gestacional e o aumento do risco da sobrecarga hídrica.	-Terapia endovenosa -Controlo de eletrólitos: hipercalcemia; -Controlo de líquidos; -Monitorização dos sinais vitais.
Risco de lesão decorrente de convulsões	-Prevenção de quedas; -Cuidados na gravidez de alto risco; -Precauções contra convulsões; -Controlo de convulsões.
Défice de conhecimento sobre a doença, procedimentos e exames, relacionados com a falta de experiência prévia, dificuldade de memorização e interpretação errada de informação.	-Facilitação da aprendizagem; -Ensino: processo da doença; -Ensino; dieta prescrita; -Ensino: procedimento/ tratamento.
Alteração da perfusão tecidual, cardíaca, cerebral e fetal, relacionado a alteração do fluxo sanguíneo placentário.	-Monitorização dos sinais vitais; -Monitorização eletrónica do feto: intraparto; -Monitorização de líquidos; -Oxigeno terapia; -Precauções contra convulsões.
Ansiedade relacionada a preocupação com a saúde e a do feto.	-Redução da ansiedade; -Melhora do enfrentamento; -Técnica para acalmar.
Intolerância a atividade relacionado ao repouso no leito.	-Cuidados com o repouso no leito; -Posicionamento; -Promoção da mecânica corporal.
Diminuição do débito cardíaco em virtude da pré-carga diminuída ou terapia anti-hipertensiva.	-Controlo de vias aéreas; -Controlo de medicamentos; -Monitorização de sinais vitais.
Dor	-Administração de analgésicos; -Controlo da dor; -Controlo de medicamentos.
Processo familiar alterado, relacionado com o processo de transição ou crise.	-Promoção do vínculo; -Facilitação de visitas; -Promoção do envolvimento familiar.

## 1.12. Teoria de enfermagem

De acordo com o tema em estudo achou-se pertinente abordar a Teórica de Enfermagem Virgínia Henderson por ela se enquadrar melhor ao tema de estudo. Segundo Henderson a promoção da saúde é um objetivo importante da enfermeira, ainda declaro que “ganha-se mais ajudando as pessoas a aprender a ser saudáveis do que a preparar os terapeutas mais competentes para servirem as que estão em crise” (Tomey e Alligood, 2004).

De acordo com Virgínia a enfermeira deve ser capaz de apreciar não só as necessidades do doente como as condições e estados patológicos que as alteram. Ela ressalta que a enfermeira tem que “entrar na pele” de cada doente para saber de que precisa. Henderson identificou 14 necessidades básicas do doente, que compreendem os componentes dos cuidados de enfermagem que incluem as seguintes necessidades (Tomey e Alligood, 2004):

1. Respirar normalmente.
2. Comer e beber de forma adequada.
3. Eliminar os resíduos corporais.
4. Movimentar-se e manter a postura correta.
5. Dormir e descansar.
6. Escolher a roupa- vestir-se e despir-se.
7. Manter a temperatura corporal dentro dos valores normais mediante a seleção de roupa e a modificação do ambiente.
8. Manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos.
9. Evitar os riscos do ambiente e evitar lesar outros.
10. Comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, tremores e opiniões.
11. Realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um.
12. Trabalhar de modo a sentir-se realizado.
13. Jogar ou praticar em diversas formas de recreação.
14. Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normal e utilizar os recursos de saúde disponível.

Após uma avaliação das 14 necessidades verificou-se que quando essas gestantes estão hospitalizadas, principalmente em estado grave as suas necessidades estão condicionadas e dependem na maioria das vezes dos cuidados ou auxílio dos enfermeiros para realizá-las.

Podem identificar-se três níveis de relação enfermeira-doente que vão do muito dependente à um relacionamento bastante independente: (1) A enfermeira enquanto substituta do doente, (2) A enfermeira enquanto auxiliar do doente e (3) A enfermeira enquanto parceira do doente. Em alturas de doença grave, a enfermeira é vista como “substituta para o que falta ao doente para o tornar “completo”, “inteira” ou “independente”, dada a falta de força física, de vontade ou conhecimento” (Henderson 1964).

## **CAPÍTULO II - METODOLOGIA**

## **2. Percurso metodológico**

Para realização de qualquer investigação científica é necessário definir uma metodologia a ser seguida. Nesse capítulo tem-se como objetivo apresentar questões metodológicas e descreve-las no sentido de dar respostas aos objetivos propostos.

Nesta fase pretende-se determinar estratégias e procedimentos com objetivo de apresentar questões metodológicas como instrumento de recolha de informações para concretização do estudo.

É pertinente realçar que a realização deste trabalho se dividiu primeiramente na elaboração do projeto do trabalho de conclusão de curso (TCC), que iniciou no mês de outubro de 2016, em foi escolhido o tema, delineado objetivos, abordou-se a justificativa e a problemática, elaborado o cronograma para cumprir a elaboração das fases do trabalho e a realização do TCC que se iniciou no mês de janeiro de 2017.

Para fazer o enquadramento teórico do estudo houve a necessidade de recorrer a fontes bibliográficas como livros, artigos publicados, trabalhos de investigação produzidos no âmbito académico e em base de dados online principalmente SCIELO.

### **2.1. Tipo de pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa com metodologia qualitativa, exploratória, descritiva e de abordagem fenomenológica objetivando identificar a atuação de enfermagem nas emergências obstétricas sobretudo a pré-eclâmpsia e eclampsia nos serviços de obstetrícia do Hospital da Ribeira Grande.

Esse estudo é o que mais se adequa à essa investigação visto que o objetivo da pesquisa não é quantificar, mas sim analisar as percepções individuais dos participantes sobre o fenómeno de estudo.

Esta pesquisa permite uma observação participada das atividades e satisfação dos enfermeiros nas emergências obstétricas do Hospital de Ribeira Grande, que são praticadas muitas vezes com alguma dificuldade.

Nessa investigação foi necessário observar, descrever, interpretar e apreciar as atividades desenvolvidas pela classe de enfermagem na Maternidade do Hospital da Ribeira Grande de acordo com o que foi descrito pelos entrevistados sem procurar adulterá-los.

Esse estudo também é de carácter fenomenológico na medida em que foram retratadas experiências e vivências dos profissionais de enfermagem nas emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclampsia no hospital de Ribeira Grande.

É um estudo descritivo visto que pretende analisar, identificar e descrever as atuações de enfermagem nas emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclampsia no Hospital João Morais.

Considera-se esse estudo de carácter exploratório porque é um tema pouco explorado em trabalhos académicos e também por ser feito através de pesquisas em livros, revistas, artigos e base de dados. E ainda foi desenvolvida com o objetivo de facultar o interesse para o tema em estudo.

Assim o aperfeiçoamento técnico e científico do enfermeiro pode contribuir significativamente no acompanhamento dessas gestantes dentro de uma equipa multidisciplinar e consequentemente alcançar o equilíbrio e o bem-estar tanto materno como fetal.

## **2.2. Instrumento de recolha de informações**

A colheita de informações foi feita através de entrevistas estruturadas para aprofundamento de conhecimentos e aperfeiçoamento de capacidades para dar melhor sentido a temática em estudo. Essa recolha de dados foi feita através de um guião (Apêndice I) de entrevista pré-estabelecida ou formulada pelas investigadoras.

A entrevista é um instrumento utilizado na recolha de informações pertinentes para o processo de investigação e que permite a comunicação entre o investigador e seus participantes. Nesse tipo de estudo optou-se pela entrevista porque é o que se adapta ao estudo selecionado

A entrevista estruturada foi escolhida para o estudo visto que o objetivo é obter dos entrevistados respostas às mesmas perguntas com o intuito de comparar essas respostas e refletir sobre tal. Também para permitir que as investigadoras não fizessem perguntas desnecessárias e fugir ao tema.

A recolha de informações foi feita pelas próprias investigadoras no mês de maio, com auxílio do guião de entrevista e dos participantes. Foram realizadas pessoalmente aos enfermeiros do sector de Maternidade do Hospital da Ribeira Grande com duração compreendida entre 15 á 30 minutos, respeitando a privacidade e disponibilidade dos mesmos. Teve-se em conta também um ambiente propício à realização dessa entrevista assegurando a fiabilidade do estudo.

### **2.3. Campo empírico**

O Hospital Dr. João Morais, adiante designado HJM, é um estabelecimento público de regime especial dotado de órgãos, serviços e património próprio de autonomia, com sede na Cidade da Ribeira Grande, ilha de Santo Antão, Cabo Verde. O estudo foi realizado no serviço de Ginecologia/obstetrícia do Hospital que se encontra dividida em duas áreas de serviço: a enfermaria e a sala de partos.

Esse serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar de 4 enfermeiras distribuídas por turnos, em que uma delas é enfermeira chefe, 3 obstetras em regime de chamada, 2 pediatras em regime de chamada e 4 ajudantes de serviços gerais.

Quanto aos recursos materiais é constituído por uma sala de internamento para gestantes e puérperas com casa de banho e sete camas; uma sala de trabalho; uma sala de internamento para prematuros com duas camas, uma incubadora e duas fototerapias; uma sala de ginecologia com três camas e uma casa de banho; uma sala de pré-parto com duas camas e uma casa de banho; uma sala de partos com três marquesas.

### **2.4. População alvo**

A população alvo são quatro enfermeiras que serviço no sector da Maternidade, do Hospital da Ribeira Grande. Neste sentido às enfermeiras a participarem do estudo foram seleccionados tendo em consideração os seguintes critérios:

Critérios de inclusão: Ser enfermeiro do sector acima referido do HJM; Vontade expressa de trabalhar o tema e Trabalhar na Enfermaria da Maternidade do HJM.

### **2.5 Procedimentos éticos**

Para a realização desta investigação, foi necessário fazer um pedido de autorização carimbada com o símbolo da Universidade do Mindelo e igualmente assinada pela direcção do curso de Licenciatura em Enfermagem, Apêndice II, que posteriormente será autorizada pelos Enfermeiros Chefe dos Sectores e pela Diretora do mesmo. Após ao consentimento Apêndice III dos mesmos será possível fazer o estudo. Ainda devera ser feito um consentimento informado que será assinado pelos enfermeiros que irão participar da entrevista.



## **CAPÍTULO III - FASE EMPIRICA**

### 3. Análise de resultados

Após a recolha de informações torna-se pertinente organiza-las e trata-las de forma a obter dados para a organização do trabalho. Neste capítulo dedica-se a análise e tratamento dos dados obtidos e posteriormente apresentar a discussão desses mesmos dados.

Foram entrevistadas quatro enfermeiras do sector de Maternidade do Hospital João Morais, ambas de sexo feminino com faixa etária compreendida entre os 38 e 53 anos. Em relação a habilitação académica uma possui Licenciatura e as outras três possuem Enfermagem Geral. Ao que se refere aos anos de profissão esta varia entre 12 a 25 anos de serviço. Em relação ao tempo de serviço no setor da Maternidade varia entre 8 e 10 anos de serviço. Essas entrevistas foram feitas respeitando os procedimentos éticos e o anonimato das participantes.

#### Quadro 3: Dados das entrevistadas

Enfermeiras	Idade	Grau Académico	Anos de Serviço	Anos de Serviço na Maternidade	Sector
Enf. A	53	Licenciada	25	10	Maternidade
Enf. B	45	Enfermagem Geral	12	10	Maternidade
Enf. C	39	Enfermeira Geral	16	8	Maternidade
Enf. D	38	Enfermagem Geral	12	10	Maternidade

Fonte: Elaboração própria

#### 3.1 Apresentação dos dados da entrevista

Após a recolha dos dados relacionados com a pesquisa feita no campo empírico foi necessário analisa-los e ordena-los de forma a encontrar os resultados pertinentes ao estudo. Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens.

As diferentes fases de análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos, 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados: A inferência e a interpretação (Bardin, 2009, p. 121).

Para analisar as informações colhidas na entrevista foi necessário agrupá-las em quatro categorias, sendo que a três delas estão divididas em duas subcategorias, com o objetivo de melhor organização e interpretação.

#### Quadro 4: Categorias e subcategorias

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Categoria I:</b> Conhecimento sobre a Pré-eclâmpsia e Eclampsia no serviço da Maternidade do Hospital João Morais.	
<b>Categoria II:</b> Importância da Atuação dos Enfermeiros nas Emergências Obstétricas: pré-eclâmpsia e eclampsia	<b>Subcategoria I-</b> Intervenções de enfermagem perante as emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclampsia. <b>Subcategoria II-</b> Contribuição da atuação de enfermagem nas emergências obstétricas: PE
<b>Categoria III:</b> Dificuldades e estratégias utilizadas pelos enfermeiros nas emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclampsia.	<b>Subcategoria I-</b> Dificuldade sentida pelos enfermeiros durante as emergências obstétricas: PE <b>Subcategoria II-</b> Estratégias utilizadas pelos enfermeiros durante as emergências obstétricas: PE.
<b>Categoria IV:</b> Importância da capacitação dos profissionais na assistência à grávidas em situações de emergência obstétrica: pré-eclâmpsia e eclampsia.	<b>Subcategoria I-</b> Preparação para atuar em situação de Emergência obstétrica: PE. <b>Subcategoria II-</b> Melhorias na assistência em situação de emergência obstétrica: PE.

#### **Categoria I - Conhecimento sobre a pré-eclâmpsia e eclampsia no serviço da Maternidade do Hospital João Morais**

Nesta Categoria teve-se a necessidade de saber o grau conhecimento das enfermeiras da Maternidade do Hospital João Morais sobre a pré-eclâmpsia e eclampsia com base na entrevista que elas prestaram às investigadoras. É muito importante os enfermeiros estarem dotados de conhecimentos relacionados com a patologia em estudo, devem saber reconhecer qual a evolução do doente e a melhor forma de lidar com eles tendo em conta as suas limitações e que são os profissionais que ficam 24 horas com o doente.

Relativamente ao conceito as entrevistadas afirmaram o seguinte:

**Enf. A** *“PE doença hipertensiva específica da gravidez caracterizada por pressão alta, edema das mãos e pés e proteinúria na urina. Eclampsia tem todas as anteriores mais convulsões.”*

**Enf. B** *“É caracterizada por pressão alta, proteinúria na urina, edema das mãos e pés. Eclampsia tem todos os sintomas anteriores mais convulsões.*

**Enf. C** *“Se observa através de epigastralgia, visão turva, cefaleia e tensão alta. Eclampsia vem acompanhado de convulsões e coma mais os sinais de pré-eclâmpsia.”*

**Enf. D** *“É caracterizada por cefaleias visão turva e pressão alta e eclampsia e caracterizada por todas os sintomas anteriores acompanhados de convulsão e coma e pode-se detetar através de exames laboratoriais a proteinúria, também se verifica edemas da face mãos e membros inferiores”.*

Verificou-se através das descrições feitas sobre a patologia, que as enfermeiras têm uma noção clara sobre a pré-eclâmpsia e eclampsia, o que traz benefícios para a estrutura, para elas próprias e principalmente para as utentes que procuram o serviço. Pode-se dizer que as respostas colhidas vão de encontro com a perceção de autores bibliográficos, uma vez dotadas de conhecimentos sobre a patologia facilita o atendimento e a atuação imediata. Observou-se também que elas estão familiarizadas com a patologia em estudo o que traz também benefícios e satisfação pessoal por conseguir dar resposta atempadamente.

Ainda nesta mesma categoria ambas relataram que as emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclampsia aparecem com pouca frequência, o que é importante, pois as emergências obstétricas quando aparecem são um desgaste tanto físico como psicológico para os profissionais, e também para o doente.

**Enf. A; Enf.B; Enf.C; Enf.D** *“Felizmente não com muita frequência, casos esporádicos.”*

Para complementar esta categoria teve-se a necessidade de analisar se todas as Enfermeiras da Maternidade estão cientes sobre os principais fatores de risco relacionados com o aparecimento das emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclampsia. Consegue-se observar que tem um conhecimento sobre os fatores de risco da pré-eclâmpsia e eclampsia que mais tem aparecido nas suas vivências no serviço, pois é muito importante que estejam atentas a esses fatores para que possam estar preparadas para essa demanda.

**Enf.A** *“Hipertensão arterial, adolescente e mulheres mais de 35 anos, gravidez múltipla, aumento excessivo de peso.”*

**Enf.B** *“ Tem aparecido casos em primigestas, casos em gravidez gemelar e múltiparas ”*

**Enf.C** *“Nos meus anos de trabalho na Maternidade apareceram casos de adolescente, múltiparas que mudaram de parceiros e também com antecedentes de Hipertensão Arterial”*

**Enf.D** *“Nos casos que tem aparecido, as primigestas tem mais tendência a ter pré-eclâmpsia. Nas múltiparas aparece nas que mudaram de parceiro e ainda aparece na gemelaridade.”*

Constatou-se que as enfermeiras têm uma noção clara sobre a pré-eclâmpsia e eclâmpsia, visto que todas elas já trabalham há algum tempo na enfermagem e que os casos de emergência obstétrica aparecem esporadicamente. Ainda se percebeu que elas têm conhecimento abrangente sobre os principais fatores de risco que mais aparecem no serviço, o que mostra que o tempo de serviço é essencial na prestação de cuidados.

## **Categoria II - Importância da atuação dos enfermeiros nas emergências obstétricas: Pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Surgindo desta forma duas subcategorias.**

Ao que se refere à esta categoria achou-se pertinente elaborá-la, sendo de muita importância a atuação dos enfermeiros nas emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Importantes também são os anos de serviço na estrutura que é de grande relevância por estarem mais preparadas para dar resposta às necessidades dessas utentes.

Os enfermeiros com seus conhecimentos e com o ganho de práticas à cada dia apresentam-se mais capacitados para darem respostas às demandas nas urgências e emergências obstétricas em destaque pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

Assim teve-se a necessidade de dividir essa categoria em duas subcategorias sendo a primeira, abordando as intervenções que os enfermeiros prestam às grávidas aquando da sua hospitalização.

### **Subcategoria I - Intervenções de enfermagem perante as emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia.**

Achou-se essencial elaborar esta subcategoria para melhor identificar as intervenções de enfermagem perante as emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia, uma vez que é importante os Enfermeiros estabelecerem um clima de confiança e abertura para com os utentes.

**Enf.A** *“Assegurar se as vias aéreas estão permeáveis, controlar as convulsões, controlar TA, controlo de balanço eletrolítico, estar sempre por perto, avaliar e prevenir novas convulsões e identificar complicações.”*

**Enf.B** *“Administração da medicação prescrita pelo médico de urgência ou obstetra, cateterizar veia periférica, avaliar os parâmetros vitais todos, aliviar a paciente”*

**Enf.C** *“Avaliar BCF, monitorizar tensão arterial, se tiver TA mínimo de 110mmhg atuar, manter em repouso, colocar numa sala sem barulho e sem muita luz.”*

**Enf.D** *“caracterizar veia, algaliar a paciente, administração da medicação prescrita pelo médico, toma de sinais vitais dependendo do grau de gravidade. Na pré-eclâmpsia leve se pode tirar sinais vitais no mínimo cada 4 horas e na eclampsia se toma a cada hora (TA, Respiração, Pulso, Temperatura). Na eclampsia mede-se a diurese e avaliar reflexo patelar.*

Verificou-se nesta categoria que estão cientes das intervenções a serem prestadas, através da descrição dos procedimentos que foram mencionados. Observou-se também através dos relatos feitos pelas enfermeiras que a vigilância permanente ajuda na diminuição e prevenção de complicações. Mostrou-se também as suas capacidades de atuar perante situações de emergências obstétricas e revelou-se também o quanto estão atentas e preparadas para situações de emergências.

Uma boa assistência de enfermagem ao doente com pré-eclâmpsia e eclampsia, diminui qualquer tipo de insegurança, ansiedade e medo sobre os procedimentos submetidos. Constatou-se, no entanto, que as respostas vão de encontro com as visões de autores bibliográficos, visto que foram citados procedimentos que são prestados às essas gestantes.

## **Subcategoria II - Contribuição da atuação de enfermagem nas emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclampsia.**

Esta subcategoria foi elaborada com a finalidade de analisar a contribuição da atuação de enfermagem nas emergências obstétricas em especial a pré-eclâmpsia e eclampsia, no hospital João Moraes para perceber melhor junto das enfermeiras sobre os cuidados prestados às essas gestantes.

**Enf.A** *“É tudo aquilo que o enfermeiro faz para minimizar o estado da grávida para não entrar no estado de eclampsia.”*

**Enf.B** *“È quando atuamos de imediato para prestar os cuidados de pré-eclâmpsia e eclampsia.”*

**Enf.C** *“Temos bom atendimento, atuamos enquanto o médico não chega.”*

**Enf.D** *“Todos os cuidados prestados às grávidas com os sintomas e sinais de pré-eclâmpsia e eclampsia”*

De acordo com o estudo sobre as atuações das enfermeiras constatou-se que, tem uma noção clara sobre o que é, e como atuar perante situações de emergência obstétrica. Enfatizam que dão um bom atendimento às essas grávidas e de forma segura, imediata e que atuam com autonomia enquanto o médico não chega. Verificou-se que as enfermeiras prestam um bom

atendimento às essas grávidas com a finalidades melhorar o seu estado de gravidade e prevenir possíveis complicações que podem vir a surgir.

Ainda nesta mesma categoria achou-se pertinente saber sobre a importância do contributo dos enfermeiros ao atendimento das grávidas em situações de emergência obstétricas evidenciando a pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

**Enf.A** *“Sendo o enfermeiro o bacilar da saúde na maioria das vezes é o enfermeiro que recebe em primeira mão os casos de emergência que aparecem nas estruturas. É importante agilidade, destreza e ter sempre em mente o protocolo existente.”*

**Enf.B** *“O enfermeiro tem atuado de uma forma rápida e segura para prevenir complicações, ajudando psicologicamente tanto o utente como os familiares, ficando por perto sempre.”*

**Enf.C** *“Damos grande contributo na estabilização da paciente, contribuir para diminuir complicações, damos apoio psicológico.”*

**Enf.D** *“Damos grande contributo por sermos o pilar no atendimento ou atuação, contribuindo para uma recuperação rápida da paciente e evitar complicações.”*

O contributo dos enfermeiros em qualquer estrutura de saúde é fundamental. Neste sentido as enfermeiras relataram que, o enfermeiro é o pilar no atendimento, visto que quando essas grávidas chegam nas estruturas de saúde o primeiro contacto é com o pessoal de enfermagem. Também relataram que os enfermeiros dão grande contributo psicológico, tanto às utentes, como às famílias, na prevenção de complicações e na recuperação rápida da utente.

Verificou-se que tentam atuar da melhor forma possível visto que os enfermeiros são o bacilar da saúde assegurando a integridade dos utentes e trabalhando na prevenção de complicações. De realçar também que a atuação deve ser rápida, eficaz e que o enfermeiro deve estar sempre por perto para melhor assistência e estabilidade das utentes.

### **Categoria III - Dificuldades e estratégias utilizadas pelos enfermeiros nas emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia**

Nesta categoria a principal finalidade é apontar as dificuldades e limitações que as enfermeiras têm na prestação de cuidados às grávidas hospitalizadas na Maternidade do Hospital João Moraes. Assim teve-se a necessidade de dividi-la em duas subcategorias.

#### **Subcategoria I- Dificuldade sentida pelos enfermeiros durante as emergências obstétricas: PE**

Esta subcategoria mostra as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no atendimento de emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia que é devido ao *stress* que se vive e na preocupação de salvar a vida tanto da mãe como do feto, que muitas vezes não é possível salvar o feto.

**Enf.A** *“Antigamente tínhamos muitas dificuldades, hoje temos um atendimento de obstetrícia permanente de 12 horas e se no caso não estiverem temos o nosso protocolo de PE, o nosso guião orientador.”*

**Enf.B** *“Hoje em dia já não temos dificuldades como antigamente, o utente ao chegar na maternidade tem um obstetra que a espera e um enfermeiro apto a prestar os cuidados seguindo um protocolo e a prescrição do obstetra, mas quando o obstetra não esta os enfermeiros tem autonomia para atuar.”*

**Enf.C** *“A principal dificuldade é quando a grávida chega no banco de urgências o médico demora para chegar e chamar o obstetra. Temos que atuar de imediato para não acontecer algo grave. O médico de urgência nem sempre acompanha a gestante.”*

**Enf.D** *“Nenhuma dificuldade.”*

Nos relatos das enfermeiras antigamente havia várias dificuldades que foram ultrapassadas quando adotaram o sistema de ter obstetras durante 12 horas permanente na Maternidade. E ainda uma delas relata que a principal dificuldade é a ausência do médico de urgência que por vezes demora a chegar e sempre acompanha a gestante. Apesar disso também usam o protocolo que facilita o atendimento e diminui as dificuldades. Porém para uma das entrevistadas não existem dificuldades o que mostra uma divergência de opiniões entre elas.

Verificou-se, no entanto, que as enfermeiras da Maternidade não têm grandes dificuldades perante o atendimento de gestantes em situações de emergência obstétrica destacando a pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Sendo assim o estudo mostra que as Enfermeiras da Maternidade estão preparadas para qualquer situação relativamente às emergências obstétricas.

Dando continuidade à esta categoria achou-se necessário saber sobre as limitações que as enfermeiras apresentam perante o atendimento de estantes nas emergências obstétricas focando na pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

**Enf.A** *“Há algumas, mas não de grande relevância, falta alguns equipamentos absolventes”.*

**Enf.B** *“A principal limitação que temos é que os obstetras ficam permanentes na maternidade até as 20 horas depois depende do médico de urgência que deve chamar o obstetra em caso de emergência.”*



**Enf.C** *“Uma das limitações que temos são os obstetras que ficam permanentes na enfermaria por 12 horas e outros que temos que chamar.”*

**Enf.D** *“Ter obstetra permanente na maternidade durante 12 horas então, cumpre a prescrição medica. Meses atrás qualquer intervenção era prescrita pelo médico de urgência.”*

Quanto a análise sobre as limitações as enfermeiras da Maternidade relataram que não têm grandes limitações exceto alguns equipamentos importantes, e que porque os obstetras permanecem durante 12 horas permanentes na Maternidade diminui a sua autonomia.

As limitações em qualquer estrutura existem e podem condicionar o desenvolvimento do mesmo, uma vez que dificulta a sua qualidade. Uma vez identificadas as limitações, podemos minimiza-los ou elimina-los de modo a garantir uma melhor prestação de cuidados. Verificou-se que as Enfermeiras que trabalham na Maternidade do Hospital João Morais não têm limitações de grande relevância, o que mostra que a estrutura esta preparada para o atendimento de gestantes em situações de emergências obstétricas, em especial a pré-eclâmpsia e eclampsia, pois existe uma equipa preparada para tal.

## **Subcategoria II - Estratégias utilizadas pelos enfermeiros durante as emergências obstétricas: PE**

Nesta subcategoria achou-se pertinente identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros durante as emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia. A principal estratégia utilizada na enfermaria de Maternidade é o uso do protocolo que serve de orientação para o pessoal multidisciplinar e esta disposto no serviço de Banco de Urgência, sala de trabalho dos profissionais e sala de partos.

**Enf.A** *“Seguimos um protocolo de pré-eclâmpsia e eclampsia que temos no mural da maternidade e também no banco de urgências no em caso de emergências de pré-eclâmpsia e eclampsia.”*

**Enf.D** *“Temos um protocolo”*

**Enf.C** *“Temos um protocolo para seguir em casos de emergência”*

**Enf.B** *“Usamos um protocolo para orientação”*

Ambas relataram que a principal estratégia é o uso do protocolo de pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Sendo assim verificou-se que elas estão familiarizadas com o protocolo e estão atentas para prestar cuidados quando aparecem casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Esse protocolo é específico para os casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, facilita nas intervenções e é seguido por uma equipa multidisciplinar e é de uma mais-valia para o serviço e para o hospital.

**Enf.A** *“Sim. Temos sim e funciona da melhor maneira possível porque estamos aptos para atuar nesses casos.”*

**Enf.D** *“Sim. Funciona da seguinte forma: se TA diastólica maior ou igual que 110mmhg inicia-se com hidralazina 1ampola de 20mg, dilui-se em 10cc de agua destilada e administrar 2,5cc endovenoso lento. Medir TA cada 30 minutos, se manter faz-se uma outra dose, máximo 3 doses ate manter TA diastólica entre 90 e 100mmhg. Também se usa Sulfato de Magnésio se faz dose de ataque sempre prescrito pelo médico ou obstetra e feito endovenoso lentamente durante 5 minutos, se usa gluconato de Cálcio no caso de reflexo patelar, bradicardia e depressão respiratória, sempre por ordem medica.*

**Enf.C** *“Sim. Seguindo-o da melhor forma.”*

**Enf.B** *“Sim.”*

Relativamente a utilização do protocolo constatou-se que todas seguem-no da melhor forma, utilizando-o atempadamente e em situações certas. Ainda uma delas em suas respostas relata como utiliza-lo descrevendo as drogas utilizadas e a melhor forma de administra-las. Nota-se um bom desempenho da enfermeira e a preocupação em fazer o seu trabalho e a salvar vidas.

O protocolo quando utilizado corretamente facilita no atendimento, ajuda na prevenção de complicações, ajuda a salvar vidas tanto da mãe quanto do feto e facilita a atuação dos profissionais de saúde uma vez que é seguido por todos. Pode dizer, porém, que o protocolo é o guião de atendimento para os profissionais de saúde.

#### **Categoria IV - Importância da capacitação dos profissionais na assistência à grávidas em situações de emergência obstétrica: pré-eclâmpsia e eclâmpsia: PE**

Em relação à esta última categoria achou-se relevante analisar a importância da capacitação dos profissionais na assistência às grávidas em situação de emergência obstétrica, priorizando a pré-eclâmpsia e eclâmpsia. A capacitação dos profissionais é muito importante sendo que a medicina está em constante evolução e obstetrícia não foge à regra. Nessa

capacitação incluem as formações e especialidades para os profissionais de saúde destacando os Enfermeiros para um melhor atendimento e também é de uma mais-valia para a estrutura.

### **Subcategoria I - Preparação para atuar em situação de Emergência obstétrica.**

O objetivo desta subcategoria é analisar a preparação das enfermeiras aquando do atendimento das gestantes em situações de emergência, destacando a pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Pois é muito importante que as Enfermeiras que trabalham na Maternidade estejam preparadas para dar respostas as demandas das emergências.

**Enf.A** *“Sim, estou preparada e já costumo atuar nessas emergências, os casos chegam primeiro nos enfermeiros.”*

**Enf.B** *“Sim”*, **Enf.C** *“Sim”*, **Enf.D** *“Sim”*

Verificou-se porem que elas estão todas preparadas para o atendimento nas emergências obstétricas, em que uma delas destacou que já está acostumada a atuar nessas emergências porque os casos chegam primeiro no pessoal de enfermagem.

Tendo em conta que estão preparadas para atuar nessas emergências, nota-se que há empatia por parte dos profissionais e uma boa qualidade de serviço. Isso mostra que há uma boa prestação de serviço e cuidados por parte dos Enfermeiros e da estrutura.

### **Subcategoria II- Melhorias na assistência em situação de emergência obstétrica: PE.**

Esta subcategoria tem com finalidade analisar as propostas de melhorias das enfermeiras da Maternidade para com o serviço prestado às gestantes em situações de urgência e emergência obstétrica, destacando a pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

**Enf.A** *“Uma melhor atuação dos enfermeiros no pré-natal para com essas grávidas; identificá-las e encaminha-las atempadamente.”*

**Enf.B** *“Reciclagem do pessoal que trabalha na maternidade, especialidade para os enfermeiros.”*

**Enf.C** *“Capacitação para o pessoal de enfermagem, formação para os enfermeiros da maternidade.”*

**Enf.D** *“Formação e especialização aos enfermeiros, ter protocolo atualizado.”*

Uma das preocupações das enfermeiras é ter pessoal capacitado no serviço para o atendimento nas emergências obstétricas. Essa capacitação pode ser tanto com formações relacionados as emergências obstétricas como para especialidade para os Enfermeiros.

Embora foi frisado também por uma enfermeira do Setor da Maternidade que espera uma melhor atuação do pessoal do pré-natal, que devem estar atentos à qualquer alteração nessas gestantes para identificar e encaminha-las atempadamente.

**Enf.A** *“É de extrema importância ter enfermeiros especializados nos casos de emergência obstétrica, mas no nosso hospital temos formações internas para atualização e reciclagem.”*

**Enf.B** *“É bom ter enfermeiros especializados no hospital por estarem mais capacitados, mas nos tentamos dar o nosso melhor.”*

**Enf.C** *“Acho que é boa, apesar de que mesmo sem especialidade tentamos dar o nosso melhor. Mas enfermeiros especializados podem dar melhor contributo para o hospital, para os utentes e também como ganho académico.”*

**Enf.D** *“É bom porque estão mais capacitados para atender emergências obstétricas.”*

Na visão das enfermeiras da Maternidade é fundamental ter enfermeiros especializados por serem de uma mais-valia para o hospital e principalmente para os utentes e não esquecendo também que é um ganho académico. Mas enfatizam que apesar de não terem especialidade tentam dar o seu melhor na prestação dos cuidados.

Ainda uma delas ressalta que tem formações internas no hospital que facilitam a atualização e reciclagem dos seus conhecimentos. Essas formações internas são lecionadas pelos gineco-obstetras quase semanalmente para todo o pessoal clínico.

Constatou-se que é importante ter enfermeiros especializados na Maternidade, por estarem mais capacitados a nível académico, é de uma mais-valia para o Hospital, mas as que trabalham ali tentam dar o seu melhor.

### 3.2 Conclusão da análise dos resultados

Após a conclusão da pesquisa e a análise das informações recolhidas é necessário fazer uma discussão dos resultados obtidos para uma melhor compreensão do estudo. Pode-se, no entanto, afirmar que o objetivo geral e os objetivos específicos foram atingidos mediante as contribuições das enfermeiras.

Relativamente ao objetivo geral: analisar as atuações dos enfermeiros nas emergências obstétricas, sobretudo a pré-eclâmpsia e eclâmpsia, é importante evidenciar que este foi atingido uma vez que de acordo com as entrevistas, todas prestam uma boa atuação de enfermagem nessas emergências.

Na análise do primeiro objetivo específico: identificar as intervenções de enfermagem prestadas as gestantes com pré-eclâmpsia no serviço de obstetrícia do Hospital da Ribeira grande, mostrou-se as habilidades das enfermeiras em intervir com as gestantes em situações de emergências obstétricas.

As principais intervenções apontadas por elas foram cateterização de veia periférica para administração da medicação prescrita, avaliar sinais vitais de acordo com a gravidade da utente, medição da diurese, avaliar reflexo patelar, monitorizar os batimentos cardíacos fetais, algaliar a utente, controlar e prevenir novas convulsões, assegurar vias aéreas e controlo do balanço hídrico.

Constatou-se uma boa capacidade do pessoal de enfermagem da Maternidade do Hospital João Morais em intervir com gestantes com pré-eclampsia e eclampsia, com a finalidade de diminuir ou evitar complicações.

Seguindo para o segundo objetivo específico: identificar dificuldades encontradas pelos enfermeiros face ao atendimento das emergências obstétricas, notou-se que as enfermeiras não apresentaram dificuldades relevantes. A única que apresentaram inclui o atraso do médico de urgência quando os obstetras não estão presentes, visto que estes trabalham em regime de chamada a partir das 20 horas.

Tendo em conta que o Hospital João Morais abraçou o projeto de parto humanizado, constatou-se que há uma boa preparação das enfermeiras que trabalham na Maternidade, o que facilita o atendimento às gestantes em situações de risco e não só, e o bom funcionamento do serviço.

Quanto ao terceiro objetivo específico: descrever estratégias utilizadas/ mobilizadas pelos enfermeiros no Hospital João Morais, constatou-se que existe um protocolo de atendimento de emergências de pré-eclâmpsia e eclampsia que se encontra distribuído nos sectores do banco de urgências, sala de partos e sala de trabalho dos funcionários na Maternidade.

Esse protocolo é seguido pelos enfermeiros seguindo ordem médica e também na ausência do médico registando todos os procedimentos que forem feitos. Pode-se dizer que esse protocolo (Anexo I) é o suporte do atendimento às gestantes com pré-eclâmpsia e eclampsia para que todos sigam os mesmos passos.

Relativamente ao último objetivo: realçar a importância de enfermeiros especializados no atendimento das urgências e emergências obstétricas do Hospital João Morais. Verificou-se que é de extrema importância ter enfermeiros especializados para um melhor atendimento nos

casos de emergência obstétrica, mas no hospital dão formações para atualização e reciclagem do pessoal.

Apesar de não haver enfermeiros especializados no Hospital, as Enfermeiras que ali trabalham apontam que tentam dar o seu melhor no atendimento às essas gestantes em situações de urgência e emergência. Os enfermeiros apontam a especialização e formações como ganho acadêmico e também benefício para o hospital e os utentes.

Deste modo conclui-se que o fim da análise dos resultados foi satisfatório, porque consegue-se constatar que as respostas dadas foram de acordo com alguns autores bibliográficos. Apurou-se também que as enfermeiras têm uma noção dos procedimentos e atuações a serem prestadas aos utentes no sentido de prevenir complicações, embora por vezes consta-se divergências de ideias entre elas, mas que no final os objetivos são os mesmos que é o bem-estar dos utentes.

Frisaram também que uma boa atuação dos enfermeiros no pré-natal, no atendimento, identificação e encaminhamento atempado das gestantes em situação de risco, é fundamental para a prevenção de eventuais complicações. Neste sentido pode-se afirmar que as declarações feitas pelas enfermeiras ajudaram a atingir os objetivos propostos ao longo do estudo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finalidade do estudo é analisar as intervenções dos enfermeiros prestadas às grávidas em situações de urgência e emergência obstétricas realçando a pré-eclâmpsia e eclampsia, na Maternidade do Hospital João Morais. A Enfermagem é considerada uma ciência dinâmica e que esta em constante evolução logo a capacitação, reciclagem e formação para os Enfermeiros é essencial para uma melhor prestação de cuidados aos utentes.

Deste modo os enfermeiros devem estar dotados de conhecimentos para que possam prestar uma assistência de qualidade e com segurança, e que esse atendimento deve iniciar nas primeiras consultas do pré-natal. Neste sentido torna-se oportuno investigar as atuações de enfermagem prestadas aos utentes nas emergências obstétricas destacando a pré-eclâmpsia e eclampsia.

É de realçar que o apoio psicológico é fundamental no sentido de transmitir confiança tanto ao utente como para os familiares, para que estes possam ultrapassar os seus medos e angustias. Sendo que a hospitalização muitas vezes dolorosa, por ser um ambiente desconhecido, as utentes têm dificuldades de adaptação às regras, logo o pessoal deve intervir no sentido de facilitar a sua estadia e proporcionar as visitas dos familiares, que por sua vez facilita na sua recuperação.

Apesar da etiologia da pré-eclâmpsia e eclâmpsia ser desconhecida, pode considerar algumas formas de prevenção, como a ter hábitos saudáveis, diminuição do peso corporal, consultas de pré-natal desde as primeiras semanas de gestação e evitar gestações nas idades extremas.

Assim pode dizer que a classe de enfermagem deve estar atenta às possíveis complicações, sendo que, eles é que estão 24 horas junto ao leito do utente. Os enfermeiros nas suas práticas diárias estão presentes a empatia, o bom humor e a disponibilidade que contribuem e muito na recuperação do utente, visto que a sua recuperação não depende apenas de medicamentos.

Os anos de experiência dos profissionais nesse setor contribui positivamente para um bom desempenho das suas tarefas, o que mostra uma melhor segurança nas atuações, mas às impedem de ter dificuldades.

Durante o período de investigação deparou-se com alguns obstáculos, como a dificuldade em relação as referências bibliográficas e de encontrar artigos relacionados ao tema,

mas que foram ultrapassadas. Uma outra dificuldade foi a indisponibilidade por parte das participantes em responder as questões por falta de tempo pois estavam sempre ocupadas.

Pode-se dizer que estudo foi finalizado com sucesso, visto que foram atingidos os objetivos propostos, contribuindo assim para aquisição de novos conhecimentos e permitindo desenvolvimentos acadêmicos, pessoais e profissionais.

## **Propostas de melhorias**

Depois do estudo feito sobre as atuações e as dificuldades dos enfermeiros nas emergências obstétricas, achou-se pertinente apresentar algumas propostas de melhorias para o serviço da Maternidade no Hospital João Moraes.

- Criar um espaço adequado para as grávidas em situações de risco;
- Aumentar a disponibilidade de recursos humanos e equipamentos;
- Facilitar o acesso à especialidade e formações para os Enfermeiros nesta área.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida Rollo Hamilton, Barreto Fortes, Verónica, Fortes Júnior, Arcângelo Tarciso, Bonetti Yoshida, (Winston, Lastória, Sidnei, Abreu Maffei, Francisco Humberto de, (2005), Abordagem diagnóstica dos pacientes com suspeita de trombose venosa profunda dos membros inferiores: Jornal Vascular Brasileiro. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245020496013>> ISSN 1677-5449.
- Azevedo, A. L. C. S.; Pereira, A. P.; Lemos, C.;Coelho, M. F.; Chaves, L. D. P.(2010) Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas,. Pag.744 Disponível em < <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a20.htm>.doi: 10.5216/ree.v12i4.6585> Acessado em 20 junho de 2017.
- Bardin, L., 2009, Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA,
- Bankowski, B. J. (2006) Manual de ginecologia e obstetrícia do Johns Hopkins. 2º. edição. Porto Alegre: Artmed.
- Bobak, Irene; Lawdermilk, Dietra; Jensen, Margaret, (1999). Enfermagem na Maternidade. 4ª Edição Lusociência.
- Braga, Cristiane; Cruz, Diná (2003). A taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association. (NANDA). Revista latina-am Enfermagem; p.240-244. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a16.pdf> 13 de maio de 2017 às 15:27.
- Brasil. Ministério da saúde, (2011), Departamento de informática do sistema único de saúde (DATASUS). Óbitos de Mulheres em Idade fértil e óbitos maternos. Brasília; 2012. Disponível em 23 de abril de 2017 às 21:10 <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>
- Burroughs, Arlene (1995). Uma Introdução à Enfermagem Materna. 6ª Edição. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Burrow, Gerard N. e Ferris, Thomas F., (1996), Complicações Clínicas Durante a Gravidez, quarta edição; Editora Roca LTDA, São Paulo, Brasil.
- Campos, Diogo Montenegro, Nunes e Rodrigues, Teresa (Coord) (2008). Protocolos de Medicina Materna-Fetal. 2ª edição. Lisboa: Lidel.

- Claydon CS, Pernoll ML. Sangramento vaginal no terceiro trimestre. Em De Cherney AH, Nathan L. Corrent Obstetricia e Ginecologia Diagnostico e Tratamento. Rio de Janeiro: McGraw Hill Interamericana do Brasil; 2004. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a006.pdf>.
- Duarte G, Quintana SM, El Beitune P, Marcolin AC, Cunha SP., 2006, Infecções genito-urinárias na gravidez. In: Alves Filho N, Correa MD, Alves Jr JMS, Correa Jr MD, editoras. Perinatalogia Básica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. P.129-41. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n2/08.pdf>
- Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowter C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyer J.(2005) Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; .ª edição Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Fernandes, DS; Azevedo, E R., 2013, Educação em saúde: Intervenções de Enfermagem no pré-natal quanto à hipertensão Gestacional. (Monografia). Escola Superior da saúde da Faculdade promove. P. 1-10.
- Filho, A. M. S. et al (2006), Pre-natal e puerperio atenção qualificada e humanizada-manual técnico 3º edição.
- Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. (2006) Rotinas em obstetrícia. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed;
- Freitas, LV; Figueiredo, JV, Lima TM, Oliveira AS, Damasceno AKC. Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da enfermagem na construção da cidadania. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/41/41>
- Guimarães, Diocleciano Torrieri. (2002), Dicionário de termos Médicos e de Enfermagem. 1ª Edição, São Paulo: Rideel.
- Gonçalves, Zafira Rangel; Monteiro, Denise Leite Maia, (2012), Complicações Maternas em gestantes com idade avançada, Rev. FEMINA vol.40 nº 5, Brasil, Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n5/a3418.pdf>.
- Graça, Luís e colaboradores (2000), Medicina Materno Fetal 2, segunda edição; LIDEL-Edições técnicas, Lda. Lisboa, Portugal.

- Klotz PG, Khalaff HM. 1989, Placenta percreta invading the bladder: report of 2 cases. J Urol.;141(4):938-9.  
<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a006.pdf> Disponível em 13 de março de 2017.
- Lavínia, Isabel, (2006), Aspectos Nutricionais da Gravida Hipertensa e Obesa. Arq. Maternidade Alfredo Costa. Nº 5.(30).
- Lowdermilk, Leonard; Shannon E Perry e Bobak, Irene M (2002), 5ª Edição Porto Alegre: Artmed Editora;
- Luciano, Marta Pelizzari; Siva, Evelin Franco da; Ceccheto, Fatima Helena (2011). Orientações de Enfermagem na Gestaçao de Alto Risco: persepcoes e perfil de gestantes. Revista enfermagem, Volume 5, nº5 (1261-266). Disponível em: <:///C:/Users/Presidente/Downloads/1727-19691-1-PB.pdf>.
- Mariano. D, Martins. J, Santos. M, Martins. R 2011. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/download/1251/1273>.
- Menzani, Grazielle; Bianchi, Estela (2009). Stress dos enfermeiros do pronto-socorro dos hospitais brasileiros, Revista Eletrônica de Enfermagem, Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/pdf/v11n2a13.pdf>>.
- Ministério da saúde, (2010), Gestaçao de Alto risco, Manual técnico, Brasília, Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf).
- Ministério da Saúde, (2014), Relatório Estatístico 2013, Praia; Disponível em: [http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentos/cat\\_view/34documentacao/61relatorio-estatistico](http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentos/cat_view/34documentacao/61relatorio-estatistico).
- Melson, K. et al (2002) Enfermagem Materno-infantil plano de cuidados 3º edição Rio de Janeiro Reichman e Afonso editores.
- Moraes, V. A., Viggiano, M. G.C. (1997) in Filho, Alberto Soares Pereira. Hipertensão na Gravidez. Manual de Orientação. Febrasgo;
- Neto, A. V. O; Wartchow, Elisabeth S. (2012). Atenção ao pré-natal de baixo risco. 32ªed, Ministério da Saúde, Brasil;
- O'Reilly, Barry; Bottomley, Cecilia; Rymer, Janice; (2008), Livro de bolso de ginecologia e obstetrician, Lusodidata;

- Pamplona, V. ; Costa, T.P; Carvalho, M. P (2010) – Da gravidez à amamentação: o dia a dia de um importante período de nossas vidas- Editora Integrare. .  
[http://www.integrareeditora.com.br/imp\\_download/6j7hg06kev\\_2010\\_11\\_livreto\\_gravidez\\_digital.pdf](http://www.integrareeditora.com.br/imp_download/6j7hg06kev_2010_11_livreto_gravidez_digital.pdf)
- Pascoal, Istênio F (2002). Hipertensão e Gravidez. Rev. Brasil. Hipertensa Nº9 (256-261). Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9>
- Ponce, Pedro; Teixeira, Jorge. Manual de Urgências e Emergências, 2006. Editora Tipografia Lousanense. Lidel. Lisboa/ Porto.
- Revista da escola de Enfermagem de São Paulo (USP): (324) Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt\\_0080-6234-reeusp-50-02-0324.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0324.pdf).
- Rezende, Jorge; Montenegro; C.A.B, (1995). Obstetrícia Fundamental. 7. Edição. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan.
- Rezende, Jorge. (2000). Obstetrícia. 9ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan;
- Rezende, Jorge. (2005). Obstetrícia. 10ª Edição. Guanabara; Rio de J.
- Rodrigues, Antônia (1996). Enfermagem psiquiátrica, saúde mental: prevenção e intervenção. São Paulo; EPU.
- Sampaio, T.A.F; Santana, T.D; Hanselmann, R.S. et al., 2013, Cuidados de Enfermagem Prestados à mulheres com Hipertensão Gestacional. Revista saúde Física & mental, v.2 n. 1, p.36-45.
- Santos, A. Canetti, , Junior, Alvarez.(1999). Manual de socorro de emergência. São Paulo: Atheneu.
- Say L, Chow D, Gemmill A, Funça O. (2009). Global causes of maternal death: a WHO Systematic analysis. Lancet Global Health. 2: 323-33.
- Silveira, C. e Ferreira, M. (2011). Auto-Conceito da Grávida – Factores Associados. Disponível no site: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium40/5.pdf>.
- Soares, V.M.N., de Souza, K.V., Freygang, T.C., Correa, V. e Saito, M.R. (2009), Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil, Rev Bras Ginecol Obstet.; 31(11):566-73
- Sousa, Araújo Santos, et al (2009), “Factores de risco para a síndrome hipertensiva específica da gravidez”. Revista Brasileira em promoção da Saúde. Vol.22. 1 (48-54);

- Tomey, Anne Marriner; Alligood, Martha Raile, (2004), LUSOCENCIA- Edições Técnicas e Científicas, Ltd
- Weinert, Letícia Schwerz , Silveiro, Sandra Pinho, Oppermann, Maria Lúcia, Salazar, Cristiano Caetano, Simionato, Bárbara Marina, Siebeneichler, Aline e Reichelt, Ângela Jacob, (2011), Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar, Arq Bras Endocrinol Metab.;55/7.
- Zanotti, Daniela, Zambom e Cruz (2009). Orientação de Enfermagem na Educação em saúde à gestantes com doença hipertensiva da gestação DHEG. Disponível em: <http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/PO35268199803.pdf>

## **APÊNDICES E ANEXOS**

## Apêndice I - Guião de Entrevista

### A) Identificação

1. Idade:
2. Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )
3. Habilitações académicas:  
Enfermagem Geral \_\_\_\_ Licenciatura \_\_\_\_ Mestrado \_\_\_\_ Especialidade \_\_\_\_
4. Tempo de serviço:

### B) Formulação da entrevista:

1. Da tua experiência nesse serviço, fala da pré-eclâmpsia e eclâmpsia.
2. Qual a frequência com que ocorre as emergências obstétricas no seu serviço?
3. De acordo com os anos de trabalho e sua experiência, quais os principais fatores de risco relacionados com o aparecimento das emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia nas grávidas da Ribeira Grande?
4. O que entende por atuação de enfermagem nas emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia?
5. Que contributo e importância tem a atuação de enfermagem nas emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia?
6. Quais as intervenções que os enfermeiros prestam às grávidas hospitalizadas com pré-eclâmpsia e eclâmpsia?
7. Quais são as dificuldades encontradas pelos enfermeiros no atendimento das gestantes com pré-eclâmpsia e eclâmpsia?
8. Quais são as limitações que os enfermeiros têm na prestação dos cuidados a essas grávidas?

9. Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros no atendimento nas emergências obstétricas: pré-eclâmpsia e eclâmpsia?
10. Existe algum protocolo utilizado Maternidade com as grávidas hospitalizadas com pré-eclâmpsia e eclâmpsia? Como funciona?
11. Na sua opinião, sente-se preparada para atuar em caso de emergências a essas grávidas?
12. O que acha que pode ser feito para melhorar a assistência de enfermagem prestada a essas grávidas?
13. Qual a importância de enfermeiros especializados no atendimento das urgências e emergências obstétricas no hospital da Ribeira Grande?



## Apêndice II – Autorização para recolha de dados

70  
15/02/2017  
Assinado  
Clótes

Exma. Senhora Diretora  
Hospital Regional  
Dr. João Morais,  
Dra. Rosa Lopes

Ribeira Grande, 06 de Fevereiro de 2017

Assunto: Recolha de informações para realização do Monografia do Final de Curso.

Hirondina Maria Lopes Brito e Samira Lopes Fortes, alunas nº 3788 e 3806 do curso de Complemento de Licenciatura em Enfermagem de Santo António na Universidade do Minho, vêm por este meio muito respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontram-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema "Atuação de Enfermagem nas Emergências Obstétricas: Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia".

O referido trabalho tem como objetivo geral: Analisar as atuações de enfermagem nas urgências obstétricas sobretudo a pré-eclâmpsia e eclâmpsia no serviço de obstetria do Hospital de Ribeira Grande e os objetivos específicos: Identificar as intervenções de enfermagem prestadas às gestantes com pré-eclâmpsia e eclâmpsia no serviço de obstetria do Hospital de Ribeira Grande; Identificar dificuldades encontradas pelos enfermeiros face ao atendimento das urgências obstétricas no Hospital de Ribeira Grande; Descrever estratégias utilizadas/mobilizadas pelos enfermeiros no Hospital de Ribeira Grande; Realçar a importância de enfermeiros especializados no atendimento das urgências e emergências obstétricas do Hospital de Ribeira Grande.

Neste sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para proceder à recolha das informações necessárias junto aos enfermeiros do Hospital.

Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os princípios éticos inerentes aos trabalhos do género.

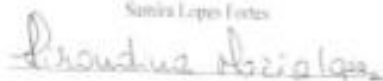
Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expectativa de uma resposta favorável.

As requerentes,

Hirondina Maria Lopes Brito

Samira Lopes Fortes




### Apêndice III - Termo de consentimento livre e esclarecido

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO**

No âmbito do trabalho de conclusão de curso de Conclusão Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo a aluna, Hirondina Maria Lopes Brito nº3788 e Samira Lopes Fortes nº3806 pretende realizar um estudo intitulado *Atuação de enfermagem nas emergências obstétricas: pré-eclampsia/ eclampsia*. Neste sentido, gostaria de ouvir as suas opiniões sobre o tema em estudo pelo que solicita-se a sua participação para o mesmo.

Informa-se que a sua participação na investigação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento. A sua tarefa consiste em responder algumas questões pelo que as suas respostas sinceras serão de mais-valia para o desenvolvimento do estudo.

Informa-se ainda, que as respostas serão gravadas em áudio, e usadas somente neste estudo pelo que o material colhido será destruído após o uso no estudo. Garante-se ainda a confidencialidade dos dados colhidos e a garantia do anonimato tanto no decorrer e como após o estudo.

O estudo não comporta qualquer risco, porém, no que diz respeito às vantagens poderá contribuir para melhorar a perceção que o enfermeiro tem sobre a pré-eclampsia e eclampsia e a importância da atuação dos enfermeiros. Este documento apenas deverá ser assinado no caso de todas as suas dúvidas referentes à participação no estudo já tiverem sido esclarecidas. E caso houver alguma dúvida e necessite de alguma explicação não hesite em perguntar antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura no presente documento representa seu consentimento para participação.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que aceito participar no estudo por minha livre e espontânea vontade.

Mindelo, \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador

\_\_\_\_\_

## Anexo I – Protocolo de eclâmpsia

CONDUTA – ECLÂMPSIA OU EM IMINÊNCIA DE ECLÂMPSIA	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedir ajuda</li> <li>• Posicionar em decúbito lateral esquerdo para prevenir a aspiração de vômitos e secreções</li> <li>• Proteção bucal com câmbula de Guedel</li> <li>• Colocar máscara ou cateter nasal com 6 l O<sub>2</sub>/min / min</li> <li>• Acesso venoso periférico (seu cateter utilizado)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colheita de sangue para hemograma, plaquetas, uréia, creatinina, ácido láctico, enzimas hepáticas, bilirrubina e coagulograma</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulfato de Magnésio 4 gr iv lentamente durante 5 Min (4 ml de Sulfato de Magnésio 10% + 12 ml Água Destilada ou 20 ml de 20% sem diluição)</li> </ul>	Dose de Ataque
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar em Cama com Guarda de Proteção, NÃO AMARRAR</li> <li>acompanhamento permanente, isolamento em ambiente silencioso e escuro</li> <li>• Algália vesical e saco coletor de urina               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colheita de urina para Proteinúria</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se após 15 minutos as convulsões persistirem               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar mais 2 gr de Sulfato de Magnésio iv lentamente (4 ml de Sulfato de Magnésio 10% + 4 ml Água Destilada ou 11 ml de 20% sem diluição)</li> </ul> </li> </ul>	Dose de Ataque Cont.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulfato de Magnésio – Infusão durante 24 horas (8 ml de Sulfato de Magnésio 10% + 300 ml soro de Ringier / Glucose 5% alternado ou 20 ml de Sulfato de Magnésio 10% + 300 ml soro de Ringier / Glucose 5% alternado de 4 em 4 horas)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar de 15 em 15 Minutos               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexo Patelar</li> <li>- Frequência Respiratória</li> <li>- TA e Pulso</li> <li>- Diurese</li> </ul> </li> </ul>	
Acrescentar tabelas de controle	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ocorrer diminuição do reflexo patelar ou Frequência Respiratória de 15- / min ou Pulso de 50- / min ou Diurese de 30- ml / hora               <ul style="list-style-type: none"> <li>- suspender Sulfato de Magnésio.</li> <li>- Se a Depressão Respiratória ou a Diminuição do Reflexo Patelar ou a Bradicardia se instalarem,                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- injectar Gluconato de Cálcio a 10% iv, 10 ml.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se a tensão arterial diastólica permanecer acima de 110 mm Hg               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar 5 mg de Hidralazina (2.5 ml da solução – juntar em seringa de 10 ml, 1ml de hidralazina e 9 ml de soro fisiológico) s.v de 20 em 20 minutos a fim de manter a TA diastólica entre 90 e 100 mm Hg (máxima de 3 doses)</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pós parto – Medir a TA 4/4 h – se TA acima 110 fazer hidralazina 5 mg (doseção anterior).</li> </ul>	
<p><b>O parto deve ocorrer logo que a condição da mulher tenha estabilizado.</b>  <b>O parto deve ter lugar independentemente da idade gestacional.</b></p>	
<p>IMPAC pg 5-120</p> <p>Serviço Ginecologia Obstetrícia pré-natal/obstetrícia consult. Nte 01 14022 000</p>	